

Informe sobre Iniciativas
Especiales No. 8

Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia

Septiembre de 1998



Abt Abt Associates Inc. ■ 4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 ■ Tel: 301/913-0500 ■ Fax: 301/652-3916

En colaboración con:

Development Associates, Inc. ■ Harvard School of Public Health ■
Howard University International Affairs Center ■ University Research Co., LLC



Misión

El Proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud (Partnerships for Health Reform, PHR) se dedica a mejorar la salud de la población en países de ingresos bajos y medios por apoyar reformas del sector salud que garanticen acceso equitativo a servicios de atención de salud eficientes, sostenibles y de calidad. En asociación con colaboradores locales, PHR promueve un enfoque integrado para la reforma del sector salud y desarrolla habilidades locales en las siguientes áreas clave:

- ▲ *Promover el diálogo y la participación en la formulación de las políticas de reforma en el sector salud*
- ▲ *Desarrollar sistemas financieros equitativos y viables*
- ▲ *Mejorar la organización y gestión de sistemas de salud*
- ▲ *Desarrollar incentivos para promover servicios de atención médica eficaces y de calidad*

PHR avanza el conocimiento y las metodologías para desarrollar, implementar y vigilar las reformas del sector salud y su impacto, e informa y guía el intercambio de conocimientos sobre cuestiones vitales de la reforma del sector salud.

Septiembre de 1998

Recommended Citation

Partnerships for Health Reform Project. Septiembre de 1998. *Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia*. Informe sobre Iniciativas Especiales 8. Bethesda, MD: Abt Associates Inc.

Si desean recibir copias adicionales de este informe, diríjense al PHR Resource Center en PHR-InfoCenter@abtassoc.com o visiten nuestro punto de la red, www.phrproject.com.

Contrato No.: HRN-C-00-95-00024

Proyecto No.: 936-5974.13

Presentado a: Robert Emrey, COTR
Policy and Sector Reform Division
Office of Health and Nutrition
Center for Population, Health and Nutrition
Bureau for Global Programs, Field Support and Research
United States Agency for International Development

Colaboradores

Directora del Proyecto:

Lic. Marina Cárdenas

Asistentes de Investigación:

Eco. Adhemar Esquivel

Lic. Iván Morales

Índice

Siglas	vii
Agradecimientos.....	ix
Resumen	xi
1. Introducción	1
1.1 Breve Descripción del País.....	1
1.2 Objetivos del Estudio	2
2. El Sector Salud en Bolivia	3
2.1 La Situación de la Salud	3
2.2 Organización del Sector	4
2.3 Reforma del Sector Salud.....	8
3. Las Cuentas Nacionales del Sector Salud	11
3.1 Descripción.....	11
3.1.1 Sector Público	11
3.1.2 Cajas de Salud	12
3.1.3 Sector Privado	12
3.2 Gasto Nacional en Salud por Agentes Financieros Según Fuentes de Financiamiento	14
3.2.1 Sector Público	14
3.2.2 Cajas de Salud	15
3.2.3 Sector Privado	16
3.2.4 Hogares	16
3.3 Gasto Nacional en Salud Clasificado Según Prestadores de Servicios	19
3.3.1 Subsector Público	19
3.3.2 Cajas de Salud	19
3.3.3 Sector Privado	20
3.3.4 Organizaciones No Gubernamentales (ONG's)	20
3.3.5 Medicina Tradicional.....	20
3.3.6 Farmacias	20
3.4 Gasto Nacional en Salud por Tipo de Servicios.....	23
3.4.1 Cajas de Salud	23
3.4.2 Sector Privado	23
3.4.3 Prevención/Promoción.....	24
3.4.4 Ambulatorio	24
3.4.5 Hospitalario.....	24
3.4.6 Administrativo y Otros	24
3.4.7 Hogares	24
3.5 Gasto Nacional en Salud por Objeto de Gasto.....	26

4.	Análisis y Usos de los Resultados	29
4.1	Fuentes de Financiamiento	29
4.2	Prestadores de Servicios	30
4.3	Gasto en Salud por Tipo de Servicios	30
4.4	Gasto en Salud por Objeto del Gasto	31
4.5	Políticas de Salud y Cuentas Nacionales de Salud en Bolivia	31
4.6	Gasto de los Hogares y Acceso los Servicios	32
5.	Conclusiones	35
	Anexo 1: Metodológico	37
	Anexo 2: Matrices	43
	Anexo 3: Decentralización.....	61
	Anexo 4: Agua y Saneamiento Básico	64
	Bibliografía.....	83

Cuadros

Cuadro 1. Bolivia: Indicadores Básicos	1
Cuadro 2. Bolivia: Indicadores de Salud, 1989-1994	3
Cuadro 3. Personal de Salud del Sector Público	7
Cuadro 4. Establecimientos de Salud en Bolivia, 1997	7
Cuadro 5. Ejecución del Seguro Materno Infantil	32
Cuadro 6. Gastos de los Hogarers por Quintil de Gasto per Capita	32

Figuras

Figura 1. Bolivia: Subsectores—Salud	4
Figura 2. Estructura de Instituciones del Subsector Público en Salud	5
Figura 3. Estructura Insitucional de las Caja de Salud	6
Figura 4. Flujo de Financiamiento y Gasto en el Sector Salud de Bolivia	13

Siglas

ABA	Asociación Boliviana de Aseguradoras
ABOSMEP	Asociación Boliviana de Medicina Prepagada
CEASS	Central de Abastecimiento de Suministros
CGE	Contaduría General del Estado
CNGS	Cuentas Nacionales de Gasto en Salud
CS	Cajas de Salud
DIFEM	Dirección de Financiamiento Externo y Monetización
EIH	Encuesta Integrada de Hogares
EP	Empresa Pública
FIS	Fondo de Inversión Social
GNS	Gasto Nacional en Salud
IME	Insumos Médicos Esenciales
INAN	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
INASES	Instituto Nacionales de Seguridad Social
IPC	Índice de Precios al Consumidor
MSPS	Ministerio de Salud y Previsión Social
OFINAL	Oficina Nacional de Asistencia Alimentaria
ONAMFA	Organización Nacional de Protección al Menor y a la Familia
ONG	Organismo No Gubernamental
PGN	Presupuesto General de la Nación
SNAEGG	Secretaría Nacional de Asuntos Etnicos, Generacionales y Género
SNAU	Secretaría Nacional de Asuntos Urbanos
SNE	Secretaría Nacional de Educación
SNH	Secretaría Nacional de Hacienda
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SP	Sector Público
VIPFE	Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

Agradecimientos

Queremos agradecer a las siguientes personas y/o instituciones:

Lic. Luis Alvarado
Contaduría General del Estado

Lic. Germán Molina
Dirección Nacional de Presupuestos

Lic. Eduardo Antelo y Lic. Rodney Pereira
Unidad de Análisis de Políticas Económicas

Lic. José Franco y Dr. Diego Von Vacano
Fondo de Inversión Social

Lic. Javier Miranda, Lic. Francisco Elias, Lic. Ximena Ostria e Ing. Fernando Ponce de León
Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

Lic. Hugo Delgadillo, Lic. Marcos Ayala, Lic. Marylin Benavides y Lic. José Luis Pérez
Instituto Nacional de Estadísticas

Sr. Henry Zabaleta
SNIS - Ministerio de Salud

Dr. Carlos Linger
Representante OPS/OMS - Bolivia

Dr. Robert Robertson
Consultor, Escuela de Salud Pública de Harvard (HSPH)

Lic. Sandra Leytón
Asociación Boliviana de Aseguradoras

Dr. Stephan Peláez
SERVISALUD

Ing. Ronny Vega
Presidente de ANESAPA

Gerencias Generales y Administrativas de las Cajas de Seguros de Salud
Dirección General de Impuestos Internos (DGII)

Asociación de Tarjetas de Crédito (ATC)

Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)

Insumos Médicos Esenciales (IME)

Central de Abastecimiento de Suministros

Un agradecimiento especial al Sr. Joel de Castro, pasante de la Universidad de Harvard, que brindó su apoyo en la sección de Agua y Saneamiento Básico y al Dr. Jorge A. Muñoz (HSPH), quien colaboró con mucho entusiasmo al equipo de Bolivia en las distintas fases del estudio. Así también al Lic. Fernando Landa, a la Lic. Beatriz Quenta y al Sr. Roberto Avila, quienes formaron parte del equipo nacional, en la primera parte del estudio.

Resumen

El presente estudio sobre financiamiento y gasto del sector salud se adhiere a la Iniciativa de Cuentas Nacionales en Salud de varios países de la región, con el fin de contar con datos recientes del sector y compatibilizar las distintas estimaciones existentes. Bolivia es uno de los países seleccionados y este trabajo describe el proceso de construcción del sistema propuesto por dicha iniciativa a nivel nacional.

Bolivia es un país sudamericano con una extensión de 1,1 millones de kms. cuadrados y una población de 7,9 millones de habitantes, de los cuales un 62% vive en áreas urbanas. Un gran porcentaje de los bolivianos tiene raíces indígenas, primordialmente Quechua y Aymara, aunque también existen distintos grupos étnicos en la Amazonía. Sin embargo, gran parte de la población mestiza (de descendencia indígena y europea) ya no habla ningún idioma nativo. Según el Censo de 1992, sólo el 12,5% de la población era monolingüe indígena, el 42,4% era bilingüe (Quechua-Español o Aymara-Español), el 41,9% sólo hablaba Español y el restante 3,2% hablaba más de dos idiomas. Casi un tercio de los habitantes son funcionalmente analfabetos (20% nunca asistió a la escuela), aunque esta población está concentrada en áreas rurales y población femenina.

En el período 1993-1995 se llevaron a cabo varias reformas en el país, entre las principales se encuentran la Ley de Participación Popular de Abril de 1994 y la Ley de Descentralización Administrativa de Julio de 1995, procesos que han afectado significativamente el rol del sector público en salud. El primero, crea gobiernos locales autónomos con responsabilidades sobre los sectores sociales, especialmente salud y educación, y el segundo define la estructura del poder ejecutivo a nivel departamental para delegar responsabilidades del Gobierno Nacional a los Gobiernos Departamentales, donde las prefecturas son encargadas de la inversión en proyectos sectoriales, administración, supervisión y control de los recursos humanos en educación y salud.

Los procesos emergentes a raíz de las nuevas políticas del sector salud requieren información detallada sobre el monto total, el origen y el flujo de financiamiento dentro del sector salud. El objetivo principal que se persigue al crear un Sistema de Cuentas de Financiamiento y Gasto en Salud es generar la información que oriente y dé seguimiento al desarrollo del sector salud y a los procesos de reforma del mismo. Un sistema rutinario de Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud permite la evaluación y el seguimiento tanto de la procedencia, como de la utilización de los recursos económicos destinados al sector y es una medida relativa de la eficiencia del sistema de salud. Este análisis es muy importante para un país que se encuentra planificando o evaluando cambios en el sector.

En base a un diagnóstico de la situación y organización del sector salud, se realiza la identificación de las fuentes de financiamiento, una descripción de los agentes financieros y de los prestadores de servicios, en base a lo cual se construye un flujo de recursos que constituye la base de análisis del financiamiento y gasto en el sector salud en Bolivia. También se incluye un análisis del gasto por tipo de servicios y por objeto o destino del gasto.

Los resultados muestran que la fuente de financiamiento más importante para el sector salud en Bolivia para el año 1995 fueron las empresas e instituciones (39%). El sistema de Cajas de Salud administra un 96% de los recursos que provienen de los aportes patronales de las empresas e instituciones públicas y privadas. Los hogares contribuyen de manera importante al financiamiento del sector salud con un 31%. La característica de esta fuente es peculiar, ya que una gran parte de estos recursos son administrados por ellos mismos, aproximadamente el 91%. El gobierno, por su parte, contribuye con un 19,8% del financiamiento total, incluyendo tanto el nivel central, el

departamental, como el nivel local. Las fuentes externas aportan un 9,7% del total de los recursos destinados al sector, a través de los distintos agentes del subsector público y las ONG's.

El papel de los servicios públicos es fundamental para lograr los objetivos de cobertura trazados. En este marco, se pudo determinar que los servicios públicos ejecutan el 29% del gasto nacional en salud, mientras que los gastos relacionados con los servicios prestados por las Cajas de Salud ascienden al 38% del mismo. Los servicios privados lucrativos ejecutan el 11% del gasto. La característica lucrativa de los servicios privados es factor determinante para que la accesibilidad a estos servicios sea limitada para la población de medianos y bajos ingresos. Este tipo de servicios ofrece infraestructura y equipamiento adecuados para la atención médica. Las empresas aseguradoras canalizaron sólo 0,86% del total de los recursos, mientras que las instituciones de medicina prepagada recibieron 1,62% de los mismos.

El Sector Público y especialmente el Ministerio de Salud, se constituye en actor protagónico de la implementación de programas especiales con carácter de promoción y prevención de la salud, tarea que es de carácter nacional y gratuito. Difícilmente sería llevado a cabo por otro sector de la economía, por cuanto no constituye una actividad lucrativa.

Las Cajas de Salud cubren las necesidades de los trabajadores y dependientes de estos, aunque se advierte una elevada saturación de los servicios, lo cual ha conducido a que la calidad de atención sea deficiente, ocasionando que las personas de medianos ingresos busquen alternativas de atención en el sector privado.

Las ONG's actúan como administradoras y también como prestadoras de servicios. Estas instituciones cuentan con centros y hospitales propios, y trabajan predominantemente en áreas periurbanas de las grandes ciudades. A pesar del pequeño porcentaje de participación de estas organizaciones en el gasto en salud (4.1%), su labor es reconocida como muy eficaz.

La medicina tradicional es una alternativa importante en el país, especialmente en áreas rurales. Sin embargo, su contabilización en términos monetarios es difícil y está subestimada por distintos de medición (0.1%).

La participación de los hogares en el gasto privado sigue constituyéndose en la base fundamental del sector. Sin embargo, a través del estudio se pudo ver que el perfil de estos gastos está orientado fuertemente a los de "bolsillo". Los hogares aún no consideran como alternativa factible, las posibles ventajas a las que pueden acceder, en términos de costos, por los servicios ofertados por la medicina prepagada o las coberturas que ofrecen las compañías de seguros. Estos servicios aún poseen un carácter selectivo y así lo demuestra su participación en el gasto del sector privado.

Dentro la estructura de gastos de los hogares en salud, el gasto en medicamentos es considerado el más importante, por cuanto estos destinan aproximadamente el 60% de su presupuesto para cubrir esta necesidad. Como es de esperar, los hogares siguen concentrando su gasto, desde el punto de vista de atención médica y hospitalaria, en los servicios lucrativos de pago directo y no en otros servicios alternativos como ONG's, medicina prepagada u otros. Aparentemente, y como ya se había mencionado, los servicios de seguros y medicina prepagada aún no son lo suficientemente atractivos y accesibles como para que los hogares puedan acceder a la salud a través de estos agentes.

El sector privado es todavía poco relevante en la producción de servicios, sin embargo el aumento de las prestaciones tanto del sector público como de las cajas de salud afectaron la calidad de atención de estos prestadores, los cuales aunque son significativos desde el punto de vista del gasto, no lo son desde la óptica de la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios. La misma población asegurada en estos sectores está optando por acceder a servicios que si bien implican incurrir en gastos adicionales de bolsillo, prestan mejores niveles de calidad y calidez en las prestaciones, las ONG's son el ejemplo más ilustrativo.

Los agentes de salud en Bolivia destinan un mayor porcentaje de gastos a los servicios ambulatorios (31%) respecto a los servicios hospitalarios (30%) y de prevención/promoción (por debajo del 3%). La categoría “otros”, si bien representa la mayor cantidad de recursos (33%), incorpora gastos administrativos y de proyectos que no son aplicables a la desagregación propuesta. Respecto a los hogares, los 55,6 millones de dólares de la columna “otros” representan los gastos en medicamentos y transporte, los mismos que muy difícilmente pueden ser identificados de acuerdo al sector donde se generan, pese a ser el valor más significativo. Dentro de lo que corresponde a gastos en programas de prevención y promoción, y por las características de la misma, el subsector público es el que realiza mayores gastos, ya que cubre casi el 94% de los gastos totales para 1995.

Las cifras muestran que por tipo de gasto, la cancelación de Servicios Personales, es decir la remuneración al factor trabajo, muestra una marcada diferencia respecto a los demás ítems, 35% del total. Inclusive sólo a nivel del sector público y cajas de salud, este porcentaje es aún más elevado (50% del gasto total del sector). El gasto para servicios no personales (luz, agua y alquileres) constituye el 7% del total. Los resultados demuestran que en general, un bajo porcentaje dedicado a la inversión en activos, es decir equipamiento e infraestructura. Sólo un 7,9% del gasto total para 1995 fue dedicado a este rubro. Esta relación inclusive es menor para el sector de la seguridad social por cuanto las cajas de salud dedicaron sólo el 1.38% de sus gastos para cubrir inversión en activos reales. La partida referida a materiales y suministros recibe el 11% del gasto, parte de este monto es canalizado para la adquisición de medicamentos.

El acceso a información de carácter financiero del sector privado aún constituye un fuerte obstáculo para cuantificar su participación en el gasto nacional en salud. Inclusive, las correspondientes instancias del sector público no reportan este tipo de información, como en el caso del financiamiento externo que reciben las Organizaciones No Gubernamentales. Por tanto, debiera generarse la coordinación necesaria para que los estudios sobre gasto en salud u otros similares, cuenten con el pleno apoyo del sector privado, y a la vez, sea el propio sector el que coadyuve para que la generación de información en salud sea confiable y permita de esta manera mejorar la toma de decisiones de todos los agentes involucrados en el sector.

La recolección de la información del sector público ha tropezado con algunos problemas referentes a la contabilización de los datos, por ello se recurrió a fuentes de información primaria para corroborar y mejorar los resultados del estudio. Se ha logrado involucrar al Ministerio de Salud en la revisión de las cifras referidas a ésta institución y sería muy aconsejable mantener este tipo de compromisos que logran el consenso necesario.

En términos globales, se puede concluir que el sector que mayores recursos administra en el sistema de salud en Bolivia son las cajas de seguridad social (37,65% del total). Los hogares se encuentran en segundo lugar como agentes financieros, ya que administran el 28,59% de los recursos, lo cual demuestra la inexistencia de alternativas más eficientes para la administración de dichos recursos en el país. El subsector público es un importante intermediario financiero del 27,29% de los recursos del sistema y los seguros privados sólo captan un 2,48% del total. Finalmente, las ONG's administran el restante 4% y se constituyen en una interesante alternativa para la canalización de la cooperación externa.

1. Introducción

1.1 Breve Descripción del País

Bolivia es un país sudamericano con una extensión de 1,1 millones de kms. cuadrados y una población de 7,9 millones de habitantes, de los cuales un 62% vive en áreas urbanas. El PIB per cápita se incrementó hasta US\$ 1.005 para 1997, aunque 70% de la población aún no puede satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas (Cuadro 1). Más del 75% de los bolivianos tienen raíces indígenas, primordialmente Quechua y Aymara, aunque también existen distintos grupos étnicos en la Amazonía. Sin embargo, un gran porcentaje de la población mestiza (de descendencia indígena y europea) ya no habla ningún idioma nativo. Según el Censo de 1992, sólo el 12,5% de la población era monolingüe indígena, el 42,4% era bilingüe (Quechua-Español o Aymara-Español), el 41,9% sólo hablaba Español y el restante 3,2% hablaba más de dos idiomas. Casi un tercio de los habitantes son funcionalmente analfabetos (20% nunca asistió a la escuela), aunque esta población está concentrada en áreas rurales y población femenina.

Cuadro 1. Bolivia: Indicadores Básicos

Superficie Territorial	1.1 millones de Km. ²
Población (1998)	7.949.933 de Hab.
Densidad poblacional	7.18 Hab/km. ²
Proporción urbana (1998)	62 %
PIB per cápita (1997)	US\$1.005
Exportaciones (1997)	US\$1.642 millones
Deuda Externa / PIB (1997)	54%
Deuda Externa / Exportaciones (1997)	334 %
Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas NBI (1992)	70%
Urbanos	51%
Rurales	94%
Tasa de analfabetismo funcional (1991-1994)	
Hombres Rurales	58%
Mujeres Rurales	70%
Hombres Urbanos	20%
Mujeres Urbanas	27%
Gasto Social Real Per Capita (1994-1995, US\$1987)	US\$49,5
Gasto Social respecto al PIB (1994-1995)	6,30%
Gasto Social respecto al Gasto Público Total	32,0%

Fuente: UDAPSO, UDAPE, INE, Banco Mundial, PNUD.

En los últimos cinco años el país ha experimentado un proceso de transformaciones en las estructuras económicas y sociales. Entre 1993 y 1997 la producción de bienes y servicios creció en promedio al 4,4% y la tasa de inflación promedio para 1997 fue igual a 4,7%. El déficit del sector público no financiero alcanzó en 1993 un 6% del PIB, mostrando una continua tendencia a la baja

hasta llegar a 3,4% en 1997. La presión tributaria, considerando los ingresos por renta interna, aduana y las transferencias de excedentes por venta de hidrocarburos aumentó de 13,6% del PIB en 1989 a 14,8% en 1997, debido a la mayor estabilidad económica, la reforma impositiva y la mayor eficiencia administrativa en las recaudaciones. El déficit en cuenta corriente desde 1986 ha representado en promedio un 6% del PIB y la inversión extranjera directa que en la segunda mitad de la década pasada representaba un flujo anual promedio de US\$ 35 millones, en 1997 supera los US\$ 608 millones¹.

En el período 1993-1995 se llevan a cabo varias reformas en el país, entre las principales se encuentran la Ley de Participación Popular de Abril de 1994 y la Ley de Descentralización Administrativa de Julio de 1995, procesos que han afectado significativamente el rol del sector público en salud. El primero, crea gobiernos locales autónomos con responsabilidades sobre los sectores sociales, especialmente salud y educación, y el segundo define la estructura del poder ejecutivo a nivel departamental para delegar responsabilidades del Gobierno Nacional a los Gobiernos Departamentales, donde las prefecturas son encargadas de la inversión en proyectos sectoriales, administración, supervisión y control de los recursos humanos en educación y salud.

En este contexto general, el presente estudio sobre financiamiento y gasto del sector salud en Bolivia se adhiere a la iniciativa de varios países de la región, con el fin de contar con datos recientes del sector y compatibilizar las distintas estimaciones existentes.

1.2 Objetivos del Estudio

Los procesos emergentes a raíz de las nuevas políticas requieren información detallada sobre el monto total, el origen y el flujo de financiamiento dentro del sector salud. El objetivo principal que se persigue al crear un Sistema de Cuentas de Financiamiento y Gasto en Salud es generar la información que oriente y dé seguimiento al desarrollo del sector salud y a los procesos de reforma del mismo. Los objetivos específicos pueden ser sintetizados en:

- ▲ Determinar las fuentes de financiamiento del sector salud a un nivel apropiado de desagregación;
- ▲ Determinar los agentes financieros del gasto en salud;
- ▲ Determinar la asignación de esos fondos entre los proveedores, por tipo de servicios y por objeto de gasto; y
- ▲ Cuantificar estas variables y medirlas con respecto al PIB y otras variables e indicadores macroeconómicos.

El presente informe está estructurado de la siguiente manera: Inicialmente se realiza una breve descripción de las características del sector salud en el país, para luego describir el sistema de financiamiento. Se toma el año 1995 como año base y se consideran los tres subsectores: público, seguridad social y privado. En todos ellos sólo se toman en cuenta aquellas instituciones relacionadas directamente con el sector salud y se realiza para cada subsector una estimación de las fuentes de financiamiento y el gasto ejecutado en salud. Las matrices que se incluyen en la parte central sobre Cuentas Nacionales del documento, constituyen un resumen del trabajo realizado.

¹ Información proporcionada por UDAPE, 1997.

2. El Sector Salud en Bolivia

El gobierno actual tiene como uno de los pilares fundamentales la lucha contra la pobreza, con el fin de integrar y hacer ciudadanos de derecho a aquellas personas que no logran satisfacer sus necesidades básicas, dentro de las cuales una de las más importantes es el acceso a los servicios de salud.

2.1 La Situación de la Salud

Bolivia enfrenta serios problemas de salud ligados a enfermedades endémicas que inciden en gran porcentaje de la población. Las enfermedades transmitidas por vectores afectan al 75% del territorio nacional, siendo las más importantes la Malaria y el Chagas. Según el Servicio Nacional de Malaria, la incidencia parasitaria en la población del área malárica (3,2 millones de habitantes) fue igual a 1,6% en 1997, representando un total de 51.500 casos a nivel nacional. Se calcula que el 55% de la población boliviana está en riesgo de ser infectada por el Chagas.

Durante 1991-1996, se reportó que se enferman de tuberculosis unas 9.800 personas en el país por año². La tasa de incidencia de TB era igual a 129 por cada 100.000 habitantes en 1995.

Cuadro 2. Bolivia: Indicadores de Salud, 1989-1994

Indicador	1989	1994
Tasa de Mortalidad Infantil (x 1000 nacidos vivos)	99	75
Urbana	78	60
Rural	121	92
Esperanza de Vida	53	60
Prevalencia de IRA	25	19
Prevalencia de Diarrea	37	32
Porcentaje de Niños menores de 5 años con Desnutrición Moderada	13,3	15,7
Porcentaje de Niños con Vacunación Completa	13,3	36,6
Tasa Global de Fecundidad (1)	5,6	4,8
Tasa de Mortalidad Materna (X 100 mil nacidos vivos)	416	390
Porcentaje de atención Prenatal por personal médico	44,0	49,5
Porcentaje de Mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos	12,2	17,8

Fuente: ENDSA 1994

Casi un tercio de los niños bolivianos menores de 3 años sufren de desnutrición crónica. En 1994, la tasa de mortalidad infantil llegó a 75 por 1.000 nacidos vivos, lo cual representa un gran avance con relación a 1976, cuando ésta era de 169 por 1.000. La tasa de mortalidad de menores de 5 años se redujo de 150 a 116 por 1.000 nacidos vivos entre los quinquenios 1984-89 y 1989-94 (Cuadro 2). Sin embargo, estas cifras están lejos de ser aceptables a nivel internacional y ocultan grandes disparidades entre distintas regiones del país. Por ejemplo, la tasa de mortalidad en la niñez rural era de 162 en el período 1984-94, mientras que la urbana era de sólo 104. Las principales causas

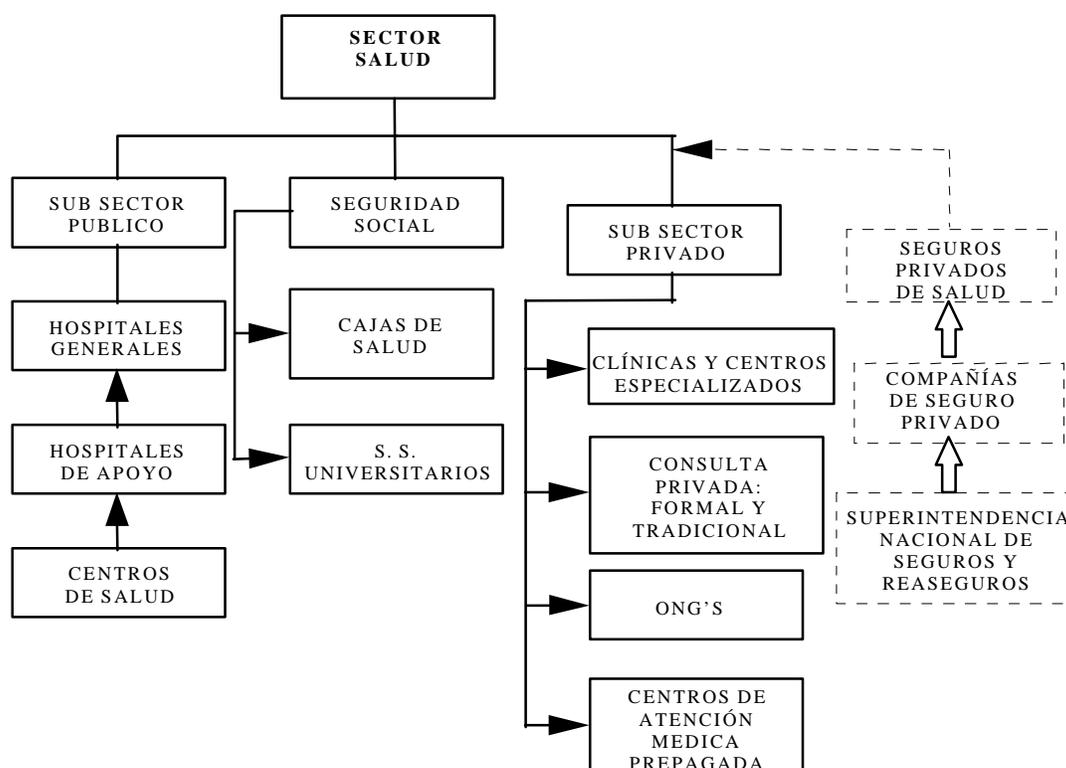
² Dirección Nacional de Epidemiología: Programa Nacional de Tuberculosis, 1996.

de muerte de los niños en Bolivia son la diarrea y las infecciones respiratorias agudas. Se calcula que 35,7% de las muertes de los niños menores de 5 años se deben a enfermedades diarreicas agudas y 20,4% a infecciones respiratorias agudas. Por otra parte, la tasa de mortalidad materna en Bolivia (390 por cien mil nacidos vivos en el quinquenio 1989-1994) es sumamente alta en comparación a otros países de América Latina.

2.2 Organización del Sector

El sistema de salud boliviano está conformado por el subsector público, las cajas de salud y el subsector privado con y sin fines de lucro³, como se describe a continuación:

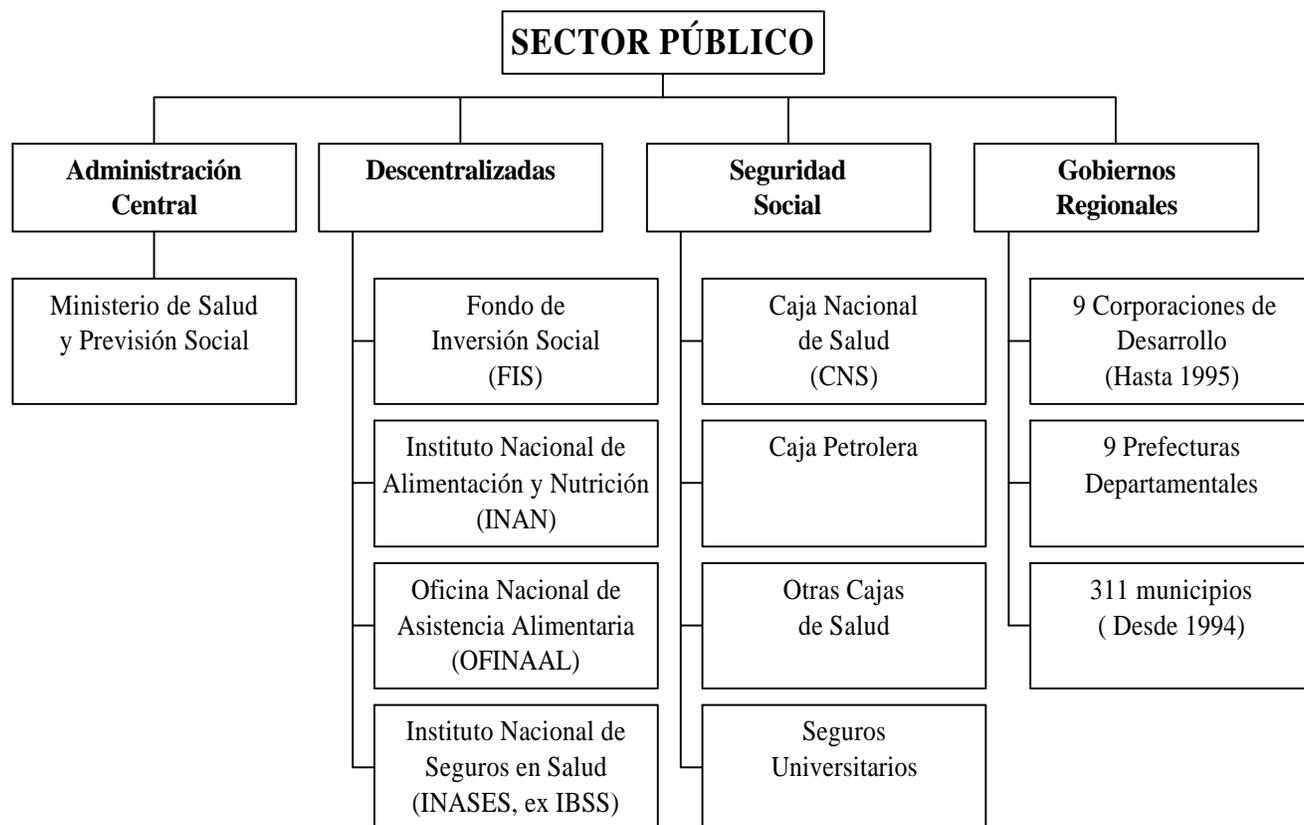
Figura 1. Bolivia: Subsectores—Salud



A nivel general, el sector público en Bolivia está conformado por el Sector Público Financiero y No Financiero. El primero agrupa las instituciones que realizan operaciones bancarias mediante la captación de depósitos y colocación de créditos, el segundo incluye las empresas públicas no financieras y al gobierno general, el cual está formado a su vez por el gobierno central y los gobiernos regionales y locales. Es dentro de esta estructura que el subsector público de salud emerge como un agente encargado del mejoramiento de la salud de la población boliviana (ver figura 2).

³ En la Figura 4 se detalla posteriormente las interrelaciones existentes entre estos subsectores, en términos de agentes, financiadores y prestadores de servicios.

Figura 2. Estructura de Instituciones del Subsector Público en Salud



Fuente : Estudio CNGS, en base a los Clasificadores Anuales preparados por el Ministerio de Hacienda.

Las cajas de salud son las prestadoras de servicios del Seguro Público de Salud en Bolivia y dependen directamente del Viceministerio de Previsión Social en el MSPS. El Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) es la institución de coordinación (ver Figura 3).

Figura 3. Estructura Insitucional de las Caja de Salud



Fuente: INASES. 1997.

Se calcula que en Bolivia existen 23.086 personas trabajando en el sector salud, de las cuales 51% (Cuadro 3) trabajan en el sector público, 38% en los seguros públicos de salud y sólo un 11% en el sector privado. (Estas cifras no toman en cuenta que un porcentaje de este personal médico trabaja a la vez en el sector público y en el privado). Los establecimientos de salud registrados en el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) son 2.470 en 1997 (Cuadro 4), es decir se tiene 3.219 habitantes por cada establecimiento. El Ministerio de Salud cuenta con 1.817 establecimientos de salud, las ONG's con 346, las Cajas de Salud con 240 y los Organismos Privados con 67. De todos los establecimientos, el 73% se encuentran en el área rural, de los cuales la mayoría son centros de salud dependientes del subsector público. Las diferencias regionales muestran la inequitativa distribución de los recursos físicos ya que en El Alto se tienen 19.458 habitantes por establecimiento y 0,16 camas por habitante, mientras en Tupiza se tienen 1.222 habitantes por establecimiento y 1,67 camas por habitante⁴.

⁴ SNIS. 1995

Cuadro 3. Personal de Salud del Sector Público

Personal	Departamentos										
	Beni	Cbba	Chuq	La Paz	N.C.	Oruro	Pando	Potosí	S. Cruz	Tarija	TOTAL
Administración	244	523	389	864	415	158	53	258	798	322	4024
Auxiliar de Enfermería	309	402	213	684	2	145	54	329	791	202	3131
Bioquímico Farmaceutico	9	26	19	46	36	5	3	9	26	6	185
Enfermera	29	43	78	61	0	19	2	38	143	44	457
Enfermera Lic.	15	76	53	153	6	28	2	30	87	93	543
Inspector Epidemiología	5	4	0	0	0	0	0	0	6	6	21
Inspector Malaria	1	1	7	0	0	0	6	0	3	4	22
Inspector Saneamiento	13	13	7	23	0	10	0	13	19	9	107
Inspector Saneamiento Básico	10	5	2	0	0	0	5	1	13	4	40
Médico	119	278	206	584	58	86	23	145	354	120	1973
Nutricionista	1	4	0	15	14	1	1	1	3	2	42
Odontólogo	26	31	27	67	3	12	3	23	38	17	247
Técnico	88	106	81	151	55	22	30	45	183	78	839
Técnico de Epidemiología	0	0	0	6	0	0	0	1	0	0	7
Técnico en Rayos X	13	13	8	27	3	3	2	9	20	7	105
Técnico Saneamiento	0	0	0	1	4	2	0	2	1	0	10
Técnico Saneamiento Básico	6	16	20	11	0	2	4	16	8	6	89
Trabajadora Social	1	4	1	15	6	0	0	1	2	2	32
TOTAL	889	1545	1111	2708	602	493	188	921	2495	922	11874

Fuente: Unidad Reforma de Salud - Ministerio de Salud y Previsión Social.

Cuadro 4. Establecimientos de Salud en Bolivia, 1997

Departamento Area Geográfica	Centros de Salud	Hospital Básico	Hospital General	Instituto Especializado	Puesto de Salud	Total
Beni	134	11	3	2	18	168
Rural	91	4	0	0	16	111
Urbano	43	7	3	2	2	57
Chuquisaca	64	21	4	4	158	251
Rural	36	10	1	0	145	192
Urbano	28	11	3	4	13	59
Cochabamba	139	17	3	6	154	319
Rural	83	14	0	0	150	247
Urbano	56	3	3	6	4	72
La Paz	237	41	17	11	211	517
Rural	73	29	1	0	205	308
Urbano	164	12	16	11	6	209
Oruro	87	2	4	2	50	145
Rural	55	1	0	0	41	97
Urbano	32	1	4	2	9	48
Pando	19	0	1	0	31	51
Rural	13	0	0	0	27	40
Urbano	6	0	1	0	4	11
Potosí	143	11	8	0	229	391
Rural	119	7	4	0	216	346
Urbano	24	4	4	0	13	45
Santa Cruz	168	35	17	6	237	463
Rural	81	27	8	1	227	344
Urbano	87	8	9	5	10	119
Tarija	55	11	5	0	94	165
Rural	20	1	2	0	89	112
Urbano	35	10	3	0	5	53
Total	1,046	149	62	31	1,182	2,470
Total Rural	571	93	16	1	1,116	1,797
Total Urbano	475	56	46	30	66	673

Fuente: Unidad Reforma de Salud - Ministerio de Salud y Previsión Social.

2.3 Reforma del Sector Salud

Las bajas coberturas del subsector público (30% de la población total según el Censo de 1992) y la seguridad social (14% según el CNPV y 21% según el INASES), los persistentes problemas de salud de la población que se reflejan en los indicadores más críticos en la región, las grandes disparidades en el acceso y utilización de los servicios de salud, son las razones que impulsan una Reforma en el Sector Salud, que se constituye en una de las líneas estratégicas para que el país desarrolle un Sistema Nacional de Salud, que garantice la cobertura universal, la equidad en la prestación de servicios y que no margine a otros actores, como la medicina tradicional y el sector privado.

La reforma del sector se enmarca en los cambios que se han realizado en el país en los últimos cinco años, la participación popular ha permitido a los municipios ser actores responsables de mejorar el bienestar de su población, actuando en los sectores del área social, como educación, salud, saneamiento básico y vivienda. Para ello cuentan con recursos provenientes de coparticipación tributaria, el cual se distribuye de acuerdo a la cantidad de población de cada gobierno municipal, y mediante la elaboración de los Planes Operativos Anuales (POA's) deben destinar al menos el 85% a proyectos de inversión y distribuir estos de acuerdo a las necesidades y realidad de cada uno de ellos. Además se ha traspasado la responsabilidad del mantenimiento de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud y educación.

Por otra parte, la Descentralización Administrativa ha permitido que los gobiernos regionales (prefecturas) sean los encargados de la administración de los recursos humanos en salud, de esta manera pueden incorporar personal de salud según los requerimientos de las regiones.

La reforma de salud busca impulsar un proceso política y técnicamente factible, que sea económicamente sustentable. La base de esta propuesta descansa en el concepto de Seguro Básico de Salud (SBS) y la Medicina Familiar. En enero del próximo año se iniciará el Seguro Básico de Salud en el país, el cual ofrecerá un paquete de prestaciones para la atención a la mujer, el niño y algunas prestaciones para la población en general (sobre todo enfermedades endémicas). El financiamiento del SBS tiene como fuente principal al municipio, aportando el 6.4% de los recursos provenientes de coparticipación tributaria, para la cancelación de medicamentos e insumos. Este logro se consiguió con un convenio firmado entre el Ministerio de Salud y gran parte de los gobiernos municipales del país. Se quiere lograr la transformación del actual Seguro Materno Infantil para convertirlo en un Seguro Básico de Salud mínimo, no máximo, que corresponda a los perfiles epidemiológicos, necesidades y preferencias locales de las poblaciones a cubrir, en función de los recursos disponibles.

Como mecanismo de asignación de recursos de cofinanciamiento provenientes de los gobiernos locales y del financiamiento externo, se tiene al Fondo de Salud, el cual se constituye en una modalidad innovativa para la canalización de líneas de financiamiento con criterios que combinan la situación institucional, operativa y financiera de cada uno de los actores de salud que solicitan ser beneficiarios de este proceso. Los recursos de este fondo se ponen a disposición de entidades ejecutoras públicas o privadas, incluyendo grupos comunitarios, quienes para acceder a los fondos deben cumplir ciertas condiciones o requisitos, para posteriormente ser calificados por un Comité de selección a nivel departamental, acreditado y habilitado por el MSPS.

El Fondo de salud busca mejorar la disponibilidad, calidad y eficiencia de los servicios de salud existentes, fortalecer la capacidad del MSPS de ejecutar funciones clave de supervisión, monitoreo y evaluación, además de incrementar el acceso de los grupos más pobres de la población, particularmente de las mujeres indígenas y de niños, a través del financiamiento de programas educativos, de información y comunicación, etc.⁵

⁵ Pereira, Christian. Fondo de Salud, 1998.

Las diferentes instituciones y agentes involucrados en los procesos de cambio emergentes de las nuevas políticas requieren información detallada y confiable sobre el monto total de los recursos existentes en el sector, así también de su procedencia y el destino de los mismos al interior del sector salud. Es por esta razón que la creación e institucionalización de un Sistema Regular de Cuentas de Financiamiento y Gasto en el sector salud permitirá contar con la información financiera que oriente y haga posible realizar un seguimiento de los avances en el sector y también será un elemento central para la evaluación de los procesos de reforma del mismo.

3. Las Cuentas Nacionales del Sector Salud

3.1 Descripción

Los cambios producidos por la descentralización y la implementación de nuevos mecanismos de financiamiento hacen que la recolección de información sobre el financiamiento y gasto en el sector salud se constituya de gran importancia para la evaluación de las reformas.

La Figura 4 muestra de manera detallada el flujo de recursos existente en el sector salud, identificando en la parte superior las distintas fuentes de financiamiento del sistema, las cuales canalizan los recursos disponibles a los agentes financieros encargados de la administración de los mismos, quienes a su vez toman decisiones sobre el destino de los recursos, en cuanto a prestadores, tipo de servicios y objeto de gasto. En la parte inferior, se presentan los prestadores de servicios de salud existentes en el país, que se constituyen en receptores de dichos recursos. Este esquema de fuentes, agentes y prestadores de servicios constituye la base de análisis del financiamiento y gasto en el sector salud en Bolivia, aunque también se incluye un análisis del gasto por tipo de servicios y por objeto o destino del gasto.

El gasto en salud se define en este estudio como la cuantificación de todos aquellos recursos destinados a la promoción, prevención de la salud y a la prestación de los servicios de salud.

3.1.1 Sector Público

Los agentes del sector público son el Ministerio de Salud y Previsión Social y las entidades descentralizadas vinculadas al sector salud. Las prefecturas y corporaciones regionales de desarrollo son protagonistas en el ámbito departamental. Finalmente se encuentran los gobiernos municipales que desempeñan sus actividades a nivel local.

Las principales fuentes de información para el sector público son la Contaduría General del Estado (CGE) y el Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE), ambas autorizadas por ley como portavoces oficiales del sector público⁶. También se utilizó información primaria del Ministerio de Salud y Previsión Social y de otras instituciones relevantes involucradas en el estudio, como ser el Fondo de Inversión Social (FIS).

3.1.1.1 Metodología

Inicialmente se revisó detalladamente y depuró la información de la CGE, con la finalidad de no incurrir en la doble contabilidad de las partidas consideradas. Paralelamente se aseguró que la misma estuviera acorde con la definición de gasto en salud que guía el presente documento. Posteriormente se consolidó ésta con la información del VIPFE, lo que permitió la obtención de una base de datos de mayor confiabilidad. Para asegurar la validez de los resultados se realizó la verificación de los mismos comparando estos con los proporcionados por las fuentes primarias, se detectaron problemas de subregistro en la información referida al Fondo de Inversión Social (FIS), por lo que se recurrió a los datos proporcionados por el propio FIS y se consolidó esta información con la base CGE-VIPFE.

⁶ Según Ley SAFCO y la Ley 1493 del ministerio del Poder Ejecutivo la CGE es la entidad oficial para emitir los resultados sobre ejecución presupuestaria y Las Normas Básicas del sistema Nacional de Inversión Pública, son de uso y aplicación obligatorios por todas las entidades del Sector Público, señaladas en los Art. 3 y 4 de Ley 1178 (SAFCO).

Esta metodología es la principal generadora de los datos utilizados para la elaboración final de los resultados incorporados en cada una de las matrices resumen. (En el Anexo Metodológico del Sector Público se presenta una descripción detallada.)

3.1.2 Cajas de Salud

Los agentes que administran el sistema de seguro público de salud obligatorio son las cajas de salud, los seguros universitarios y la corporación del seguro social militar (COSSMIL).

Para el cálculo del financiamiento y gasto de las Cajas de Salud, se partió de la información de la CGE, para luego completar con la obtenida en las otras fuentes :El INASES proporcionó la información de la Caja Nacional, Caja Petrolera, SINEC y Caja de Salud de la Banca Privada, los seguros universitarios se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y de fuente primaria se recopiló de las Cajas de Salud de Caminos, Caja de Salud Banca Estatal y Cajas de las Corporaciones de Desarrollo.

3.1.3 Sector Privado

Los agentes que administran los recursos del sector privado son las compañías de seguros, empresas privadas, instituciones del sistema de medicina prepagada, las ONG's y un gran porcentaje es administrado directamente por los hogares.

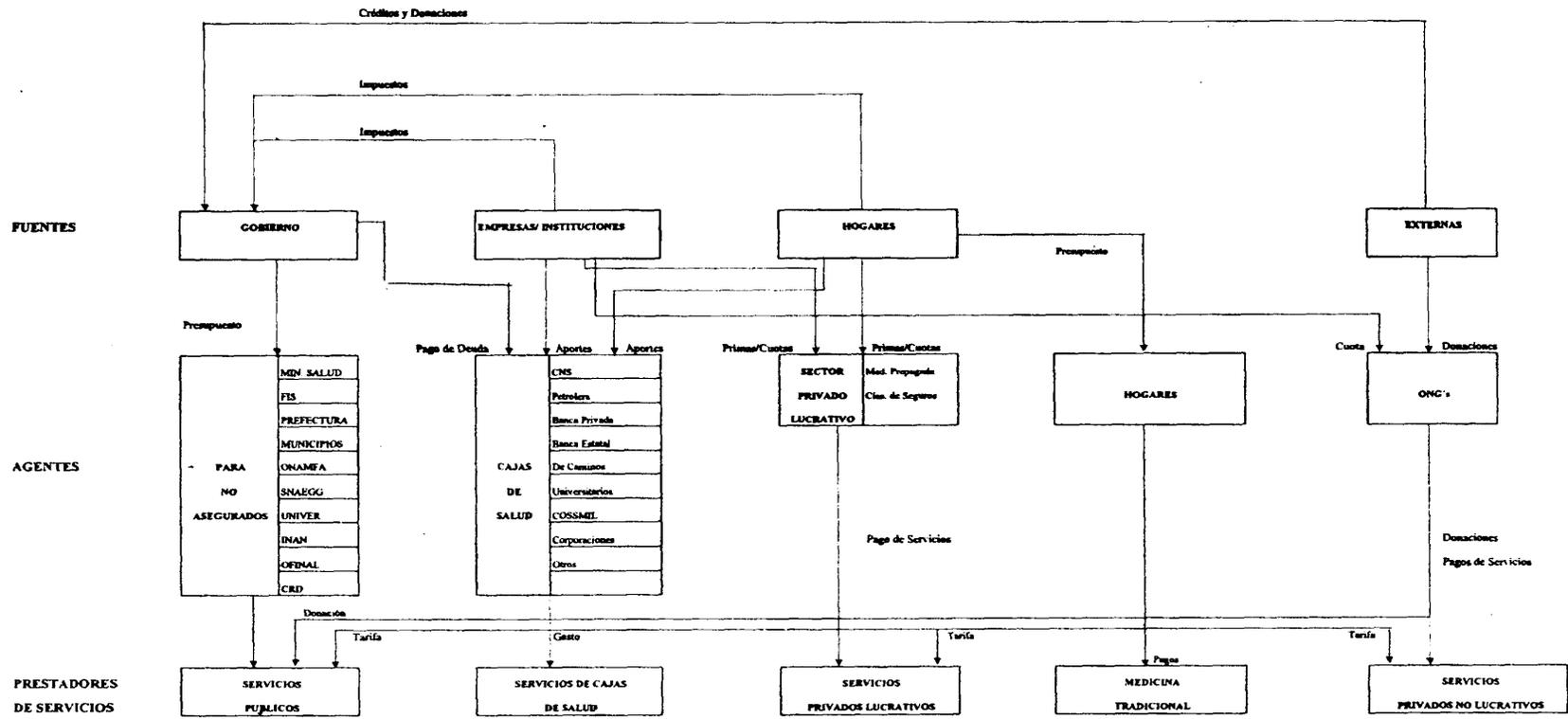
Las compañías de seguros trabajan con un sistema de primas de acuerdo con el tipo de cobertura que se solicita, estas instituciones tienen convenios con diferentes clínicas y profesionales en salud, su contexto es el mercado y su filosofía es la calidad del servicio y el precio⁷. Las empresas privadas en algunos casos contratan servicios de clínicas o profesionales en salud para la atención de sus empleados, este servicio es cubierto por la institución en su totalidad pero al trabajador se le realizan descuentos porcentuales en proporción a sus ingresos.

Los hogares administran los recursos que destinan a salud, ya que acuden a los distintos prestadores disponibles y reciben los servicios de manera directa a cambio del pago de una tarifa o arancel.

La metodología para cuantificar el gasto de este subsector estuvo fundamentada en sistematizar información obtenida de las siguientes fuentes: Asociación Boliviana de Aseguradoras (ABA), Superintendencia Nacional de Seguros y Reaseguros (SNSR), Dirección General de Impuestos Internos (DGII), Colegio Médico de Bolivia (CMB), Administradora de Tarjetas de Crédito, Asociación Boliviana de Medicina Prepagada (ABOSMEP), Departamento de Coordinación con ONG's, Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI), Insumos Médicos Esenciales (IME) y la Central de Abastecimiento y Suministros (CEASS).

⁷ Información proporcionada por ABA.

Figura 4. Flujo de Financiamiento y Gasto en el Sector Salud de Bolivia



3.2 Gasto Nacional en Salud por Agentes Financieros Según Fuentes de Financiamiento

3.2.1 Sector Público

Los recursos para el funcionamiento del sector público se determinan al inicio de cada gestión, en función de los requerimientos que cada institución elabora para poder llevar a cabo sus actividades. El Ministerio de Hacienda es el encargado de preparar el Presupuesto General de la Nación (PGN) para su aprobación en el Congreso. Las principales fuentes de financiamiento registradas dentro del PGN son las siguientes:⁸

- ▲ **Tesoro General de la Nación (TGN)**, son recursos de la administración central, originados de las recaudaciones tributarias, excedentes financieros de las empresas públicas, emisión de valores, saldos disponibles de la gestión anterior y otros.
- ▲ **Recursos Propios**, son ingresos percibidos por las instituciones descentralizadas, empresas públicas, entidades financieras y gobiernos municipales originados a partir de las actividades específicas que éstas realizan.
- ▲ **Otros**, fuente a ser aplicada solamente por las entidades descentralizadas y las empresas públicas para el registro de las partidas estrictamente contables. (Depreciación el activo fijo, amortización del activo intangible, provisiones, provisiones técnicas)
- ▲ **Crédito Externo**, préstamos, monetizables y no monetizables, obtenidos de organismos, países y banca privada internacionales mediante la suscripción de convenios bilaterales y multilaterales.
- ▲ **Donación**, donación externa en especie y/o monetizables provenientes de países y organismos internacionales.

Tanto el crédito externo como las donaciones se presentan como fuentes externas en la Matriz 1 y todo el financiamiento interno, a excepción de los recursos propios, que es contabilizado como fuente Gobierno. Los recursos propios significan ingresos por la venta de servicios (Ministerio de Salud), cobro de impuestos y trámites (Municipios y Prefecturas). Para el Fondo de Inversión Social los recursos propios significan contrapartes realizadas por instituciones u Organismos No Gubernamentales para la realización de algún proyecto en salud. (ver Anexos del Sector Público: Matriz 1)

El estudio incorpora la información de cada una de las instituciones del SP. Se obtuvieron los recursos propios de manera desagregada para identificar el porcentaje de recursos provenientes de los hogares y de las empresas/instituciones.

3.2.1.1 Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS)

El MSPS tiene como objetivo velar por el derecho a la salud de toda la población, la atención integral y la promoción de la salud. Es la encargada de ejecutar programas y proyectos de inversión a nivel nacional, en cuanto a los programas más importantes están Salud Reproductiva, Atención al Niño, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Programa de Tuberculosis y Programa de Malaria. Entre los proyectos de inversión se encuentran el PROISS y PSF.

⁸ Extraídos del Clasificador Presupuestario de la gestión 1996. Ministerio de Hacienda.

3.2.1.2 Prefecturas/Corporaciones

Las prefecturas son la instancia del gobierno a nivel regional y están insertas en la estructura del poder ejecutivo a nivel departamental. Su objetivo es realizar programas de salud en el ámbito regional y destinar un porcentaje de sus recursos a proyectos de infraestructura en salud.

Las corporaciones regionales de desarrollo tenían como función fortalecer la capacidad de gestión, prestación de servicios administrativos y planificación de carácter regional con los gobiernos municipales, además de realizar inversión en infraestructura física. Se encontraban dentro de la estructura del gobierno regional.

En la actualidad las corporaciones de desarrollo regional han pasado a formar parte de las prefecturas, de acuerdo a la Ley de Descentralización Administrativa y están encargadas de revisar los Planes Operativos Anuales de los Municipios para que estos sean entregados al Ministerio de Hacienda. Desde 1995 tienen la responsabilidad de cancelar los sueldos y salarios del personal que trabaja en salud.

3.2.1.3 Municipios

El municipio se constituye en el gobierno a nivel local y es autónomo. Con la ley de Participación Popular los gobiernos locales son responsables del mantenimiento y equipamiento de los establecimientos de salud. Desde 1994, los municipios perciben el 20% de los recursos de los ingresos nacionales por coparticipación tributaria. La distribución se realiza en base a un criterio per cápita de población por municipio. Estos recursos deben ser destinados en un 85% a gastos de inversión y 15% a gastos corrientes, lo cual fue un factor decisivo para la reducción de personal y priorización de necesidades de la población.

3.2.1.4 Fondo de Inversión Social (FIS)

Institución descentralizada, creada para sentar las condiciones para el desarrollo a través del financiamiento de inversiones en los sectores de salud, educación y saneamiento básico. El FIS es una institución financiadora dependiente del Ministerio de la Presidencia, y es un instrumento fundamental del gobierno central en la ejecución de la inversión social.

3.2.1.5 Otros del Sector Público

En esta clasificación se encuentran aquellas instituciones públicas relacionadas al sector salud, pero dado el bajo gasto realizado por cada una de ellas, se ha visto por conveniente agregar éstas en una sola cuenta. El listado es el siguiente: i) Organización Nacional de Apoyo al Menor, Mujer y Familia (ONAMFA), ii) Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES), iii) Oficina Nacional de Alimentación (OFINAAL), iv) Instituto Nacional de Nutrición (INAN), v) Universidades, vi) Viceministerio de Asuntos Etnicos y Generacionales y vii) la Vice-Presidencia ; esta última ha ejecutado proyectos en el sector salud únicamente el año 1993.

3.2.2 Cajas de Salud

En Bolivia existen Cajas de Salud y Seguros Universitarios que forman el seguro social de corto plazo. Su objetivo es proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

Las Cajas de Salud administran recursos que se originan en los aportes patronales de las empresas/instituciones públicas y privadas. La tasa de cotización es del 10% de la planilla de sueldos y salarios de los trabajadores; y 5% del total ganado de las rentas básicas del sector pasivo o trabajadores jubilados

3.2.3 Sector Privado

En el sector privado se identifican tres agentes financieros de relevancia:

Seguros Privados.-Los que a su vez comprenden:

Compañías de Seguro.- Son empresas que ofrecen seguros de salud con un sistema de primas de acuerdo con el tipo de cobertura solicitado. Estas compañías se constituyen en intermediarias para la oferta de servicios de salud pues establecen convenios con diferentes clínicas y centros de salud donde se brinda el servicio a las personas, familias o empresas que se adscriben a un seguro de salud.

Medicina Prepagada.- Son centros de atención integral donde se brindan servicios de consulta externa, internación y servicios complementarios de diagnóstico. A diferencia de las compañías de Seguro, la medicina pre-pagada no intermedia recursos de sus asegurados, es decir, son empresas que ofrecen servicios de salud en forma directa al usuario a través de un sistema de co-pago que permite al usuario efectuar la cancelación del servicio en un promedio del 20% del valor real de la misma, luego de haber realizado el pago de una cuota anual previamente establecida. Tienen varios tipos de modalidades de asistencia médica, en promedio la cuota anual por persona es de 250 \$us. en el plan básico, los co-pagos que realiza el afiliado son en promedio: 20 % del costo en consulta, internación y laboratorio. El co-pago de medicamentos es de 30 %⁹.

3.2.3.1 Organizaciones No Gubernamentales (ONG's)

Existen 95 ONG's en el sector salud, de las cuales 28 prestan servicios médicos directamente. Estas organizaciones realizan aproximadamente un 9% del total de las actividades del sector salud. Cuentan con 188 establecimientos de salud de primer nivel, 4 de segundo y 1 de tercer nivel, ubicados en las capitales de departamento. Además cuentan con 87 centros de primer nivel y 3 de segundo nivel en ciudades intermedias y área rural.

Las ONG's en el área de salud prestan servicios que van desde la promoción, educación y asesoramiento; hasta la prestación directa de servicios médicos. Esta última tarea es reportada al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS). Sin embargo, las finanzas de estas organizaciones no están sujetas a regulación gubernamental, aspecto que dificulta la estimación de su contribución al gasto en salud.

Los resultados demostraron que las ONG's no son fuentes primarias de financiamiento, pues sus actividades se ven fuertemente apoyadas con recursos externos.

3.2.4 Hogares

Los hogares, como agente financiero de las Cuentas Nacionales de Gasto en Salud, representan una importante fuente de financiamiento del sector. La función de las familias dentro de este esquema es el de administrar su presupuesto y destinar el mismo de acuerdo a sus necesidades de atención en salud. Prácticamente el sector privado determina su participación en el gasto en salud en función a la contribución de los hogares al mismo.

⁹Información proporcionada por Servi-Salud.

Existen grandes limitaciones para estimar el gasto privado en salud, básicamente por la escasa información disponible y muchas veces por la confidencialidad de la misma, desde el punto de vista de quienes la generan.

La información para estimar el aporte de los seguros privados al gasto en salud fue obtenida de la Asociación Boliviana de Aseguradoras (ABA), que es la instancia que agrupa a las compañías de seguros legalmente establecidas y en la cual es posible acceder a la información relacionada con la producción de servicios, siniestros y estados financieros de las mismas. Esta información fue complementada con la obtenida en la Superintendencia Nacional de Seguros y Reaseguros y con visitas realizadas a cuatro de las más importantes aseguradoras del país.

En el caso de la medicina prepagada, la estimación de su gasto resultó una tarea difícil de realizar, ya que la Asociación Boliviana de Medicina Prepagada (ABOSMEP) recién empezó a dar los primeros pasos en la tarea de generar información del sector. En tal sentido, la información del gasto de estos prestadores se estimó a partir de la aplicación de una encuesta a los centros de medicina pre-paga más importantes (en volumen de atención), en las que se obtuvo el porcentaje de asegurados, el monto de las cuotas canceladas por los empleadores que contratan este servicio para sus dependientes, además de los montos cancelados por las Compañías de Seguros que igualmente contratan este servicio para sus asegurados.

Finalmente, y como tarea central, la información de los gastos familiares en salud fueron estimados en su totalidad a partir de la información que proporciona la Encuesta Integrada de Hogares en su Tercera Ronda (septiembre 1990), Quinta Ronda (noviembre 1992) y Séptima Ronda (julio 1994).

Las fuentes de financiamiento para el sector privado son :

- ▲ **Empresas/Instituciones**, que aportan al gasto a través del pago de primas y cuotas medicas, las cuales cubren el gasto en salud de sus dependientes.
- ▲ **Hogares**, que en el ámbito del gasto privado es el más importante, por cuanto los hogares son el destino principal de los servicios médicos ofertados por los prestadores privados.
- ▲ **Fuentes Externas**, que en el sector privado sólo son relevantes para las Organizaciones No Gubernamentales, pues estos fondos, que llegan en calidad de donación, permiten realizar actividades de promoción y prevención que otros grupos del sector privado no están en condiciones de financiar.

Los resultados del gasto total en salud por fuentes de financiamiento, se presentan en la Matriz 1. Se puede observar que la fuente de financiamiento más importante para el sector salud en Bolivia en 1995 fueron las empresas e instituciones (39%), de los cuales el sistema de Cajas de Salud administra un 96% de los recursos que provienen de los aportes patronales de las empresas e instituciones públicas y privadas. En 1996, esta situación acentúa la presencia de las empresas e instituciones con un 45% del financiamiento del gasto nacional en salud, cifra que refleja una disminución relativa de la participación del gobierno, que disminuye alrededor de dos puntos porcentuales. Los hogares también contribuyen de manera importante al financiamiento del sector salud con un 31% en 1995 y 30% en 1996.

Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1995, en miles de dólares corrientes					
Matriz 1: Agentes y Fuentes de Financiamiento					
	Gobierno	Empresa/ Institución	Hogares	Externas	Total
SECTOR PÚBLICO	57,693	830		21,072	79,595
	(19.78%)	(0.28%)		(7.22%)	(27.29%)
Ministerio de Salud	56,455			12,526	68,981
	(19.35%)			(4.29%)	(23.65%)
Prefecturas/Corporaciones	176			455	631
	(0.06%)			(0.16%)	(0.22%)
Municipios	14				14
	(0.005%)				(0.00%)
Fondo de Inversión Social	391	8		5,640	6,039
	(0.13%)	(0.003%)		(1.93%)	(2.07%)
Otros del Sector Público	657	823		2,450	3,930
	(0.23%)	(0.28%)		(0.84%)	(1.35%)
CAJAS		109,640		201	109,841
		(37.59%)		(0.07%)	(37.65%)
Públicas		94,721		201	94,921
		(32.47%)		(0.07%)	(32.54%)
Privadas		3,529			3,529
		(1.21%)			(1.21%)
Militar		5,806			5,806
		(1.99%)			(1.99%)
Universitarias		5,585			5,585
		(1.91%)			(1.91%)
SEGUROS PRIVADOS		3,714	3,520		7,234
		(1.27%)	(1.21%)		(2.48%)
Aseguradoras		1,342	1,162		2,504
		(0.46%)	(0.40%)		(0.86%)
Prepagadas		2,372	2,358		4,730
		(0.81%)	(0.81%)		(1.62%)
ONG'S			4,563	7,082	11,645
			(1.56%)	(2.43%)	(3.99%)
HOGARES			83,395		83,395
			(28.59%)		(28.59%)
TOTAL	57,693	114,184	91,478	28,355	291,709
	(19.78%)	(39.14%)	(31.36%)	(9.72%)	(100.00%)

Fuente: Estudio CNGS-Bolivia.

Los valores entre paréntesis representan la participación de cada uno de los agentes respecto del Gasto Total.

3.3 Gasto Nacional en Salud Clasificado Según Prestadores de Servicios

3.3.1 Subsector Público

Los prestadores públicos de salud incluyen los servicios prestados en los hospitales y centros dependientes del sector público. Además se consideraron los programas especiales y la categoría “otros” con fines contables, para asegurar la consistencia en los resultados. Existen tres niveles de atención:¹⁰

En Bolivia se han registrado 2.470 establecimientos de salud en 1997, de los cuales 1.128 establecimientos son de primer nivel, 89 de segundo, 12 de tercer nivel y 22 institutos especializados que dependen del subsector público.

Primer nivel. En este nivel la modalidad de atención para resolver problemas de salud se enmarca en el autocuidado de la salud, la consulta ambulatoria y la internación de tránsito. Los establecimientos asociados a este nivel de atención son el Centro de Salud y el Puesto de Salud.

Segundo nivel. Su modalidad de atención corresponde a la consulta ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las cuatro especialidades básicas: pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna. El establecimiento asociado a este nivel de atención es el Hospital Básico de Apoyo.

Tercer nivel. En este nivel la modalidad de atención corresponde a una consulta ambulatoria de alta complejidad y de internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades. Los establecimientos asociados a este nivel son el Hospital General e Institutos Especializados.

Las categorías de la matriz de prestadores de servicios de salud se obtuvieron de la estructura programática, la cual identifica a cada una de las instituciones públicas en la base de la CGE. En el caso de el VIPFE, éstas se identificaron por los programas y proyectos de inversión. En éste último se agruparon los de primer nivel en la clasificación “Centros”, los de segundo y tercer nivel dentro de “Hospitales”; y en los “Programas Especiales”, todo lo que se refiere a lucha contra la Tuberculosis, Chagas, Malaria y otros.

La Clasificación de “Otros” en Proveedores agrupa aquellas categorías que no pueden ser incorporadas en la clasificación establecida, como ser multiprogramas, otros salud y otros infraestructura de salud registradas en el VIPFE que por la falta de mayor detalle es difícil su clasificación en hospitales, centros y programas especiales. Casi la totalidad de las instituciones públicas registran gastos en esta categoría. (ver Anexos del Sector Público: Matriz 2)

3.3.2 Cajas de Salud

Las cajas de salud cuentan con 161 establecimientos de primer nivel, 28 hospitales básicos y 43 hospitales generales para la prestación de servicios a la población asegurada. En este caso se identificaron los prestadores de servicios a cada nivel de las cajas de salud, separando el componente administrativo bajo la clasificación de Otros.

¹⁰ Extraídos del “Manual de Orientaciones Técnico Normativas para la Implementación del Nuevo Modelo Sanitario”, SNS-OPS/OMS, 1997.

3.3.3 Sector Privado

La oferta de servicios de salud del subsector privado comprende una red completa de atención integral que cubre desde atención ambulatoria, internación y toda una gama de exámenes complementarios y de diagnóstico. La medicina tradicional, practicada por médicos naturistas, constituye una importante oferta de servicios básicamente preventivos en Bolivia.

Prestadores Lucrativos. Los prestadores de servicios de salud con carácter lucrativo están compuestos por: i) Clínicas, las cuales prestan servicios de consulta externa, hospitalización, cirugías, laboratorio y exámenes complementarios; ii) Consultorios, que prestan servicios de consulta externa y tratamiento; iii) Laboratorios de análisis, los cuales trabajan en coordinación con clínicas, compañías de seguros, centros de medicina prepagada y población en general.

3.3.4 Organizaciones No Gubernamentales (ONG's)

La actividad principal de las ONG's en salud está centrada en la prestación de servicios en consulta ambulatoria, internación y programas preventivos e informativos. Sin embargo, es muy reducido el número de estas organizaciones que brindan servicios de internación.

Las tarifas que aplican las ONG's para la prestación de sus servicios consideran un importante monto de subvención, hecho que determina que la cooperación externa sea un pilar fundamental para que estas instituciones puedan seguir prestando sus servicios.

3.3.5 Medicina Tradicional

En Bolivia, esta oferta de servicios de salud funciona paralelamente a la medicina formal y está compuesta por médicos naturistas y profesionales empíricos en salud. Este servicio, como oferta alternativa, cubre desde la consejería personal en salud hasta el tratamiento de enfermedades en base a productos naturales. Esta prestación se caracteriza por brindar atención exclusivamente de consulta externa, en sus centros o consultorios de medicina tradicional.

3.3.6 Farmacias

El gasto en medicamentos es uno de los componentes más importantes del gasto en salud, pues se constituye en un elemento esencial de la canasta de consumo de la población. Las Farmacias, como proveedores de servicios, son entendidas como aquellos centros de venta de medicamentos al menudeo. En Bolivia, el grueso de la compra de medicamentos de los hogares son realizados en farmacias privadas y corresponden a más del 50% del gasto total en salud de los mismos.

En el estudio se realizaron también estimaciones del gasto en medicamentos del sector público, cajas de salud, empresas comercializadoras sin fines de lucro y ONG's. Las compras de medicamentos de estas instituciones son realizadas en forma directa de las importadoras o distribuidoras del sector y no en farmacias.

Si bien no existe accesibilidad a las fuentes primarias de información que proporcione datos sobre la venta de medicamentos en Bolivia, esta fue estimada a partir de la siguiente identidad:

Gasto hogares = importaciones + producción nacional + contrabando – compras cajas de salud – compras ONGs – compras sector público – compras CEASS, IME exportaciones.

La importaciones, producción nacional y exportaciones fueron obtenidas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Las compras de las cajas de salud y sector público fueron extraídas de la base de la Contaduría General del Estado. Las compras del CEASS e IME fueron proporcionadas por las mismas instituciones. Finalmente se incluyó una estimación del volumen de contrabando, en base a parámetros establecidos por la OPS/OMS, que determinan que el 20% del consumo de los hogares se lo realiza en el mercado informal de medicamentos.

La Matriz 2, que se presenta a continuación, resume las estimaciones realizadas sobre el gasto nacional de acuerdo a los prestadores de servicios de salud. Se puede ver que los servicios públicos ejecutan el 29% del gasto nacional en salud, mientras que los gastos relacionados con los servicios prestados por las Cajas de Salud ascienden al 38% del mismo.

La característica lucrativa de los servicios privados es factor determinante para que la accesibilidad a estos servicios sea limitada para la población de medianos y bajos ingresos. Este tipo de servicios ofrecen infraestructura y equipamiento adecuados para la atención médica. Las empresas aseguradoras canalizaron sólo 0,86% del total de los recursos, mientras que las instituciones de medicina prepagada recibieron 1,62% de los mismos.

Los hogares gastaron directamente un total de 88 millones de dólares en 1995, de los cuales el 59% fue destinado a farmacias.

Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1995
en miles de dólares corrientes
Matriz 2. Agentes y Prestadores de Servicios

	Servicios	Cajas de	Servicios Privados		Farmacias	Med.	Total
	Publicos	Salud	Lucrativo*	ONG'S*		Trad.	
SECTOR PÚBLICO	79,595						79,595
							(27.29%)
Ministerio de Salud	68,981						68,981
	(23.65%)						(23.65%)
Prefecturas/Corporaciones	631						631
	(0.22%)						(0.22%)
Municipios	14						14
	(0.00%)						(0.005%)
Fondo de Inversión Social	6,039						6,039
	(2.07%)						(2.07%)
Otros del Sector Público	3,930						3,930
	(1.35%)						(1.35%)
CAJAS		109,841					109,841
		(37.65%)					(37.65%)
Públicas		94,921					94,921
		(32.54%)					(32.54%)
Privadas		3,529					3,529
		(1.21%)					(1.21%)
Militar		5,806					5,806
		(1.99%)					(1.99%)
Universitarias		5,585					5,585
		(1.91%)					(1.91%)
SEGUROS PRIVADOS			7,234				7,234
			(2.48%)				(2.48%)
Aseguradoras			2,504				2,504
			(0.86%)				(0.86%)
Prepagadas			4,730				4,730
			(1.62%)				(1.62%)
ONG's				7,082			7,082
				(2.43%)			(2.43%)
HOGARES	3,818	1,628	25,366	4,811	52,121	214	87,958
	(1.31%)	(0.56%)	(8.70%)	(1.65%)	(17.87%)	(0.07%)	(30.15%)
TOTAL	83,413	111,469	32,600	11,893	52,121	214	291,709
	(28.59%)	(38.21%)	(11.18%)	(4.08%)	(17.87%)	(0.07%)	(100.00%)

Fuente: Estudio CNGS - Bolivia.

Los valores entre paréntesis representan la participación de cada uno de los agentes respecto del Gasto Total.

3.4 Gasto Nacional en Salud por Tipo de Servicios

Para realizar las estimaciones del gasto del sector público, según tipo de servicios, se ha dividido el gasto público en salud total en Prevención/Promoción, Ambulatorio, Hospitalario y otros, éste último como cuenta de ajuste, debido a que existe un componente administrativo que debe ser tomado en cuenta para la consistencia en los resultados de las diferentes matrices y otro componente que no puede ser clasificable como se mencionó anteriormente en el gasto nacional en salud por proveedor del servicio.

Hospitalario, se refiere a los gastos incurridos en personal, infraestructura, equipamiento y programas especiales que los hospitales del sector público han realizado durante una gestión.

Ambulatorio, son los gastos destinados a remuneración del personal, infraestructura, equipamiento y programas especiales llevados a cabo en centros y postas de salud.

Otros, se refiere a aquellos gastos que son destinados al pago del personal no médico, existe este componente en los servicios hospitalarios y ambulatorios, y las categorías de multiprogramas, otros salud y otros infraestructura salud, que por falta de información es difícil su clasificación en hospitalario, ambulatorio y prevención/promoción.

En el caso del INASES este otros se refiere sólo al componente administrativo, en el caso del FIS éste se refiere a elementos no clasificables y el Ministerio de Salud contiene a ambos (ver Anexos del Sector Público: Matriz 3).

Para obtener la matriz 3, se recurrió a la estructura programática de las bases CGE y VIPFE, y posteriormente, se asoció esta clasificación con los resultados obtenidos en la Matriz 2, es decir, que el servicio ambulatorio se refería a centros de salud, hospitalario a hospital, prevención/promoción es sólo un componente de los programas especiales ya que muchos de estos se realizan en servicios de tipo ambulatorio y otros en hospitalarios. Para desagregar esta categoría se tomo como supuesto que un 70% de los gastos de los grandes programas se ejecutan en los Centros de Salud y un 30% en los Hospitales¹¹ Los gastos administrativos resultan entonces como una cuenta de ajuste para asegurar la consistencia de las matrices. Es difícil obtener estos gastos por tipo de servicios.

3.4.1 Cajas de Salud

Las cajas de salud tienen poca participación en los programas de prevención/promoción, sin embargo, los servicios ambulatorios y hospitalarios son la base de sus prestaciones.

Se realizó una desagregación de los gastos de las cajas de salud en servicios ambulatorios, hospitalarios y administrativos. La base de datos permite hacer esta desagregación sin ningún supuesto.

3.4.2 Sector Privado

Los seguros privados y las organizaciones no gubernamentales, como prestadores directos de servicios de salud, aplican sus recursos en tres categorías de servicios: servicios ambulatorios, hospitalarios y administrativos. En el caso de las ONG's también se incluyen gastos en prevención/promoción.

¹¹ Información basada en los programas que desarrolla el Proyecto Integrado de Servicios de Salud (PROISS).

3.4.3 Prevención/Promoción

Los programas de prevención y promoción de la salud están basados en la ejecución de tareas que coadyuven a la prevención y cuidados de la salud. Campañas de vacunación, promoción de la salud reproductiva y materno infantil, entre muchas otras, son tareas desarrolladas en esta categoría de servicios. Sin embargo, por ser programas desarrollados fundamentalmente por el sector público, son poco relevantes en el sector privado. Las ONG's en salud son las únicas instituciones del sector privado que desempeñan esta actividad debido a que reciben un importante apoyo financiero internacional para desarrollar la misma.

3.4.4 Ambulatorio

La atención ambulatoria o de consulta externa es una de las actividades más importantes de los servicios de salud privados. Dentro la estructura de gastos de las compañías de seguros y de la medicina pre-pagada se presentan serias dificultades para estimar el porcentaje de sus gastos que va destinado a esta prestación, esto fundamentalmente porque no se tiene información que reporte este gasto diferenciado.

3.4.5 Hospitalario

Los servicios hospitalarios en Bolivia son cubiertos básicamente por el sector público y la seguridad social. Los hogares optan por servicios privados de internación en clínicas sólo a condición de acceder a una mejor calidad de atención o porque no son beneficiarios de ningún tipo de seguro. Al igual que en la consulta externa no fue posible diferenciar este gasto para el caso de los seguros privados. Sólo para las ONG's se presentan los resultados correspondientes.

3.4.6 Administrativo y Otros

Son gastos administrativos y de apoyo a las actividades de prestación de servicios. Igualmente, sólo fue posible estimar este gasto para las Organizaciones No Gubernamentales.

3.4.7 Hogares

Los hogares, sin interesar como se aplican sus recursos por el agente receptor de los mismos, realizan gastos en dos tipos de servicios: ambulatorio e internación, en los cuales están inmersos a su vez los servicios complementarios como laboratorios, Rayos x, etc.

Los hogares, además, efectúan gastos en medicamentos como consecuencia de la utilización de los servicios ambulatorios y de internación. Este gasto es el más importante de la canasta de salud de los mismos.

Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1995
en miles de dólares
Matriz 3. Agente y Tipo de Servicios

	HOSPITALARIO	AMBULATORIO	PREVENCION/ PROMOCION	OTROS	No Asignables	TOTAL
SECTOR PÚBLICO	26,761 (9.17%)	29,034 (9.95%)	8,017 (2.75%)	15,783 (5.41%)		79,595 (27.29%)
Ministerio de Salud	26,447 (9.07%)	26,373 (9.04%)	4,895 (1.68%)	11,266 (3.86%)		68,981 (23.65%)
Prefecturas/Corporaciones	308 (0.11%)	323 (0.11%)				631 (0.22%)
Municipios	5 (0.002%)	8 (0.00%)	1 (0.0003%)			14 (0.005%)
Fondo de Inversión Social		2,331 (0.80%)		3,708 (1.27%)		6,039 (2.07%)
Otros del Sector Público			3,121 (1.07%)	809 (0.28%)		3,930 (1.35%)
CAJAS	47,114 (16.15%)	38,730 (13.28%)	201 (0.07%)	23,796 (8.16%)		109,841 (37.65%)
Públicas	43,378 (14.87%)	29,887 (10.25%)	201 (0.07%)	21,456 (7.36%)		94,921 (32.54%)
Privadas	669 (0.23%)	2,159 (0.74%)		701 (0.24%)		3,529 (1.21%)
Militar	1,671 (0.57%)	3,193 (1.09%)		942 (0.32%)		5,806 (1.99%)
Universitarias	1,396 (0.48%)	3,491 (1.20%)		698 (0.24%)		5,585 (1.91%)
SEGUROS PRIVADOS					7,234 (2.48%)	7,234 (2.48%)
Aseguradoras					2,504 (0.86%)	2,504 (0.86%)
Prepagadas					4,730 (1.62%)	4,730 (1.62%)
ONG's	1,980 (0.68%)	7,802 (2.67%)	349 (0.12%)	1,514 (0.52%)		11,645 (3.99%)
HOGARES	11,681 (4.00%)	16,048 (5.50%)		55,666 (19.08%)		83,395 (28.59%)
TOTAL	87,535 (30.01%)	91,614 (31.41%)	8,567 (2.94%)	96,759 (33.17%)	7,234 (2.48%)	291,709 (100.00%)

Fuente: Estudio - CNGS, en base a información proporcionada por el equipo del estudio CNGS.

(*) Incluye compra de medicamentos en farmacias privadas

nd. No disponible

En la Matriz 3 se resumen los resultados de agentes financieros por tipo de servicio, utilizando la metodología anteriormente explicada. A través de ella se puede determinar que los agentes de salud en Bolivia destinaron un mayor porcentaje de gastos a los servicios ambulatorios (31%) respecto a los servicios hospitalarios (30%) y de prevención/promoción (3%). La columna "otros", si bien representa la mayor cantidad de recursos (33%), incorpora gastos administrativos y de proyectos que no son aplicables a la desagregación propuesta en la matriz, esto para el caso del subsector público y cajas de salud. Respecto a los hogares, los 55,6 millones de dólares de la columna "otros" representan los gastos en medicamentos y transporte, los mismos que muy difícilmente pueden ser identificados de acuerdo al sector donde se generan, pese a ser el valor más significativo.

3.5 Gasto Nacional en Salud por Objeto de Gasto

El objeto del gasto se clasificó en: servicios personales (partida 100), servicios no personales (partida 200), materiales y suministros (partida 300), activos reales (partida 400) y los demás gastos se agregó en la partida otros (partidas 500 a 900).

La definición de cada uno de ellos es la siguiente: ¹²

Servicios personales : Se refieren a pagos por servicios prestados por el personal permanente y no permanente.

Servicios no personales: Son los gastos para remunerar los servicios prestados por personas sujetas a contrato en forma transitoria eventual y de acuerdo con las necesidades de cada organismo. También incluye gastos por remuneraciones al personal declarado en comisión para acogerse al beneficio de la renta de vejez.

Materiales y Suministros: Comprende la adquisición de artículos, materiales y bienes que se consumen en las actividades del Sector Público, con duración estimada hasta un año, o que cambien de valor con su primer uso. Se incluye los materiales que se destinan a conservación y reparación de bienes de capital.

Activos reales: Que incluye la adquisición de bienes duraderos, construcción de obras por terceros, compras de maquinaria y equipo, y semovientes. Se considera aquí los estudios y proyectos para inversiones realizadas por terceros. Se consideran, además, los activos intangibles.

Otros: Aquí se encuentran agregados los activos financieros, servicio de la deuda pública y disminución de pasivos, transferencias y otros gastos de las entidades descentralizadas.

Para construir la Matriz 4 se utilizó la estructura programática por objeto del gasto de la CGE, y se aplicó la misma a los programas grandes registrados en el VIPFE. Los proyectos de infraestructura fueron registrados en Activos Reales. En el caso de las Corporaciones, FIS, Municipios, ONAMFA y SNAEGG todo su gasto fue clasificado en activos reales, debido a que su característica era de inversión y no se contaba con información detallada al respecto para identificar dentro de los diferentes proyectos ejecutados por estas las partidas del gasto. (ver Anexos del Sector Público: Matriz 4).

Los Agentes financieros del sector privado, al igual que en el sector público, agrupan sus gastos en cinco ítems correspondientes: Servicios personales, entendidos estos como remuneración al factor trabajo; servicios no personales, que corresponden a gastos operativos; materiales y suministros, que son los gastos en la adquisición de artículos y materiales de trabajo; activos reales, entendidos como aquellos gastos por concepto de adquisición de bienes duraderos, maquinaria, equipos, etc.; otros, que corresponde a gastos no contemplados en los anteriores ítems.

Como se argumentó anteriormente, se tuvieron muchas dificultades para estimar los gastos del sector privado lucrativo al nivel de desagregación requerido por la Matriz 4, la cual se presenta a continuación. Sólo en el caso de las ONG's fue posible esta desagregación.

¹² Extraído de los Clasificadores del Ministerio de Hacienda Gestión, 1993.

Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1995
en miles de corrientes
Matriz 4. Agente y Objeto del Gasto

	SERVICIOS PERSONALES	SERVICIOS NO PERSONALES	MATERIAL Y SUMINISTRO	MEDICA- MENTOS	ACTIVOS REALES	OTROS	No Asignable	TOTAL
SECTOR PÚBLICO	46,408 (15.91%)	8,134 (2.79%)	6,442 (2.21%)	587 (0.20%)	17,225 (5.90%)	798 (0.27%)		79,595 (27.29%)
Ministerio de Salud	45,875 (15.73%)	7,980 (2.74%)	6,376 (2.19%)	587 (0.20%)	7,770 (2.66%)	394 (0.13%)		68,981 (23.65%)
Prefecturas/Corporaciones					631 (0.22%)			631 (0.22%)
Municipios					14 (0.00%)			14 (0.00%)
Fondo de Inversión Social					6,039 (2.07%)			6,039 (2.07%)
Otros del Sector Público	534 (0.18%)	155 (0.05%)	67 (0.02%)		2,771 (0.95%)	404 (0.14%)		3,930 (1.35%)
CAJAS	48,171 (16.51%)	12,104 (4.15%)	8,197 (2.81%)	15,516 (5.32%)	4,016 (1.38%)	21,836 (7.49%)		109,841 (37.65%)
Públicas	42,465 (14.56%)	8,473 (2.90%)	4,561 (1.56%)	15,516 (5.32%)	3,742 (1.28%)	20,164 (6.91%)		94,921 (32.54%)
Privadas	1,075 (0.37%)	1,390 (0.48%)	701 (0.24%)		63 (0.02%)	300 (0.10%)		3,529 (1.21%)
Militar	2,660 (0.91%)	957 (0.33%)	1,747 (0.60%)		57 (0.02%)	384 (0.13%)		5,806 (1.99%)
Universitarias	1,971 (0.68%)	1,284 (0.44%)	1,188 (0.41%)		154 (0.05%)	989 (0.34%)		5,585 (1.91%)
SEGUROS PRIVADOS							7,234 (2.48%)	7,234 (2.48%)
Aseguradoras							2,504 (0.86%)	2,504 (0.86%)
Prepagadas							4,730 (1.62%)	4,730 (1.62%)
ONG's	6,871 (2.36%)	1,397 (0.48%)	330 (0.11%)	718 (0.25%)	1,863 (0.64%)	466 (0.16%)		11,645 (3.99%)
HOGARES								83,395 (28.59%)
TOTAL	101,450 (34.78%)	21,636 (7.42%)	14,969 (5.13%)	16,821 (5.77%)	23,105 (7.92%)	23,100 (7.92%)	7,234 (2.48%)	291,709 (100.00%)

Fuente: Estudio CNGS - Bolivia
nd. No disponible

Este es un importante referente, por cuanto se establece que los gastos en servicios personales constituyen el rubro más significativo de gastos en el sector salud en Bolivia. Inclusive en las ONG's este rubro representa un 59% de su gasto total.

4. Análisis y Usos de los Resultados

La recolección de información sobre el financiamiento y gasto en el sector salud de manera útil para los tomadores de decisiones y diseñadores de políticas se constituye de gran importancia para la evaluación de las reformas. Los cambios producidos por la descentralización administrativa y la transferencia de funciones y recursos a nivel municipal dan origen a nuevos mecanismos de financiamiento que requieren de un sistema rutinario de Cuentas Nacionales que posibilite la evaluación y el seguimiento tanto de la procedencia, como de la utilización de los recursos económicos efectivamente destinados al sector y es una medida relativa de la eficiencia del sistema de salud.

Este análisis es muy importante para un país como Bolivia, que se encuentra planificando y también evaluando los cambios producidos tanto fuera, como dentro del sector.

4.1 Fuentes de Financiamiento

La principal fuente de financiamiento para el sector salud en Bolivia en 1995 fueron las empresas e instituciones (39%), de los cuales el sistema de Cajas de Salud administra un 96% de los recursos que provienen de los aportes patronales de las empresas e instituciones públicas y privadas. En 1996, esta situación acentúa la presencia de las empresas e instituciones con un 45% del financiamiento del gasto nacional en salud, cifra que refleja una disminución relativa de la participación del gobierno, que disminuye alrededor de dos puntos porcentuales.

La Caja Nacional de Salud es el agente que mayores recursos canaliza hacia el sector y la que tiene mayores cuentas por cobrar, el sector público le adeuda importantes sumas de dinero por concepto de aportes de sus empleados, lo cual no impide que esta institución siga brindando la atención a los mismos.

Los hogares contribuyen de manera importante al financiamiento del sector salud, 31%. La característica de esta fuente es peculiar, ya que una gran parte de estos recursos son administrados por ellos mismos, aproximadamente el 91%. Esto permite inferir que existen problemas no sólo de cobertura del sistema formal de salud, sino que tampoco existen esquemas de aseguramiento que hagan posible la canalización más eficiente de estos recursos. El comportamiento de los hogares se ajusta al de un consumidor normal, éste siempre buscará la mejor alternativa para maximizar su bienestar por peso gastado y en éste caso buscará calidad en los servicios que utiliza.

Los recursos que provienen del gobierno representan un 19.8% del financiamiento a nivel nacional. Hasta 1995, el Ministerio de salud era el principal agente encargado de la administración de estos recursos, sin embargo con la descentralización administrativa, las prefecturas pasan a tener un rol importante ya que administran los recursos destinados al pago del sueldos y salarios del personal de salud a nivel regional.

Finalmente, las fuentes externas aportan un 9.7% del total de los recursos destinados al sector, a través de los distintos agentes del subsector público y las ONGs.

4.2 Prestadores de Servicios

La Salud Pública tiene como objetivo principal el mejorar los indicadores de salud, ofreciendo a toda la población acceso a los servicios. Es así que el papel de los servicios públicos es fundamental para lograr los objetivos de cobertura trazados. Si se analizan las coberturas estimadas del sistema de seguros públicos de salud, se puede ver que son bastante inferiores al porcentaje de su participación en el gasto.

En 1995, la seguridad social y el sector público reportaron 6,416,845 consultas externas, entre nuevas y repetidas, a la vez que el sector privado, de acuerdo al SNIS, reportó sólo 127,027 consultas. Si bien esta diferencia es explicada básicamente por las condiciones de acceso económico a los servicios, demuestran sin embargo que el sector privado no cumple todavía un rol determinante en la prestación de servicios, pues todavía sus niveles tarifarios no son accesible para el promedio de la población. Inclusive dentro el mismo sector privado de salud, las ONG's están empezando a constituirse en una interesante alternativa por cuanto presta servicios de buena calidad a precios significativamente inferiores que los servicios lucrativos.

Las ONG's actúan como administradoras y también como prestadoras de servicios. Estas instituciones cuentan con centros y hospitales propios, y trabajan predominantemente en áreas periurbanas de las grandes ciudades. A pesar del pequeño porcentaje de participación de estas organizaciones en el gasto en salud (4.1%), su labor es reconocida como muy eficaz, ya que en las áreas de influencia de estos centros han disminuido las tasas de mortalidad materna e infantil y en la práctica se ha podido evidenciar que existen municipios interesados en llegar a un acuerdo con las ONG's para que estas atiendan a su población.¹³

El elevado gasto de los hogares en farmacias viene a confirmar una realidad de la región latinoamericana, ya que es de conocimiento público que una gran parte de la población recurre a los servicios de las farmacias, donde la consulta es gratuita y la medicación es inmediata. Para el bioquímico farmacéutico, esta es la mejor manera de promocionar sus productos. En 1996 se acentúa la preferencia de los hogares por las farmacias, destinando 64% de su gasto.

La medicina tradicional es una alternativa importante en el país, especialmente en áreas rurales. Sin embargo, su contabilización en términos monetarios es difícil y está subestimada por distintos de medición.

4.3 Gasto en Salud por Tipo de Servicios

El subsector público y las cajas de seguridad social, son los entes que aportan más significativamente al gasto en salud por tipo de servicio. Ambos sectores aportaron con el 84% del gasto total en servicios hospitalarios y el 74% de los servicios ambulatorios. Estos porcentajes elevados se explican por el hecho de que el Estado es el mayor empleador de la economía, por tanto debe procurar prestaciones médicas a una mayor cantidad de población que el sector privado.

Dentro de lo que corresponde a gastos en programas de prevención y promoción, y por las características de la misma, el subsector público es el que realiza mayores gastos, ya que cubre casi el 94% de los gastos totales para 1995. Estos fondos son destinados prioritariamente a promocionar programas preventivos e informativos como la salud sexual y reproductiva, programas de vacunación, tuberculosis, etc. Dentro el sector privado, sólo las ONG's destinan parte de su presupuesto para este rubro, con la salvedad que están dirigidos fundamentalmente a promocionar sus servicios. Estos

¹³ Municipio de Vinto, Dr. Victor Flores – Presidente DILOS.

programas en su generalidad son financiados por donaciones de agencias internacionales de cooperación.

4.4 Gasto en Salud por Objeto del Gasto

En general, la mayor cantidad de recursos es destinado para la cancelación de recursos humanos (servicios personales), pagos de luz, agua, alquiler y personal eventual (servicios no personales), dejando con ello pocas posibilidades para invertir en el sector y adquirir mayores cantidades de materiales y suministros. Esta situación explica la dependencia de la cooperación externa para medicamentos y equipos, los cuales en su mayoría provienen de donaciones.

El gasto para la reposición de equipamiento o mejoramiento de la infraestructura es pequeño, apenas asciende al 8% del gasto nacional. El subsector público y las cajas de salud son los que mayor cantidad de recursos destina a esta partida, ello se puede deber a que la mayoría de su infraestructura y equipamiento están obsoletos o en malas condiciones. En cambio las ONG`s cuentan con el apoyo técnico continuo del exterior, además hay que tomar en cuenta que su presencia en el país es relativamente reciente.

Los resultados demuestran que en general, un bajo porcentaje dedicado a la inversión en activos, es decir equipamiento e infraestructura. Sólo un 7,9% del gasto total para 1995 fue dedicado a este rubro. Esta relación inclusive es menor para el sector de la seguridad social por cuanto las cajas de salud dedicaron sólo el 1.38% de sus gastos para cubrir inversión en activos reales.

La partida referida a materiales y suministros recibe el 11% del gasto, parte de estos montos es canalizado para la adquisición de medicamentos.

En el sector privado, como se había mencionado, fue difícil establecer esta estructura. Por ejemplo, con la contribución de los hogares, resulta difícil establecer qué porcentaje de sus gastos cubren los diferentes ítem de gasto del prestador destinatario de los recursos. Esta tarea podría verse facilitada si se tuviese información por el lado de los prestadores de servicios, pues dentro la matriz representan alrededor de 90 millones de dólares.

4.5 Políticas de Salud y Cuentas Nacionales de Salud en Bolivia

La asignación presupuestaria en base a las ejecuciones históricas del sector público, constituyen un serio problema para la implementación de las políticas sectoriales, debido a la rigidez existente en las partidas presupuestarias, lo cual es un impedimento para la redistribución de estos. En el caso del Ministerio de Salud, a éste se le carga con gastos no relacionados con la salud como son las pensiones vitalicias, monto que constituye alrededor del 40% del total del gasto de esta institución. Esta situación crea una ilusión de contar con importantes recursos disponibles, pero esto no es así, ya que éste gasto está registrado en la partida de transferencias. Algo similar sucede con el pago de sueldos y salarios del personal en salud, si bien la ley descentralización determina que el pago debe realizarse en cada prefectura, aún hoy esta cantidad está registrada en el presupuesto del MSPS como transferencias. (Ver anexo: Descentralización). Las CNGS permiten identificar estos problemas de manera precisa y orientar a las autoridades en las negociaciones y en el cambio de normatividad.

También se pudo determinar que en el caso de los municipios, el aporte del 3.2% proveniente de recursos de coparticipación tributaria dirigidos a reponer los insumos y medicamentos de los establecimientos de salud (Seguro Materno Infantil) al no ser ejecutados en su totalidad estos montos quedan congelados en cuentas bancarias. Este desperdicio de recursos impide que se puedan desarrollar mayores actividades en el sector salud. En 1996, el reporte de 106 municipios ha determinado que sólo el 13% de estos han ejecutado el cien por ciento de los recursos. (Cuadro 5).

Este tipo de restricciones tiene un gran impacto en la prestación de servicios, por lo que se está analizando la posibilidad de flexibilizar los reglamentos y decretos correspondientes.

Cuadro 5. Ejecución del Seguro Materno Infantil

	Nivel de Ejecución			TOTAL
	< 50%	50% < 100%	100% y más	
Número Municipios	75	18	13	106
Porcentajes	70.75%	16.98%	12.26%	100.00%

4.6 Gasto de los Hogares y Acceso los Servicios

Los esfuerzos relacionados al acceso a los servicios sociales en general y a los de salud en particular presentan múltiples determinantes, y uno de los principales son los que realizan dos de los agentes más importantes de la economía, el Estado y los Hogares. Los recursos con los que estos agentes financian sus actividades de salud son los impuestos, para el caso del Estado y el Ingreso Disponible para los hogares, sin embargo la proporción de recursos que destinan al gasto en salud no revelan qué hogares u estratos económicos son los beneficiarios de estos gastos, y qué implicaciones tiene la distribución de beneficiarios para acceder a los servicios de salud, Por tanto, y bajo estos criterios, es importante cuantificar, en primera instancia, el esfuerzo económico que realizan los hogares y el Estado en materia de salud y analizar el efecto de este esfuerzo sobre el acceso de los diferentes estratos económicos a los servicios que cada unos de los agentes adquiere.

La Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) del Instituto Nacional de Estadística, recoge información sobre Gastos e Ingresos de aproximadamente 6,000 familias en las cuatro capitales de departamento más grandes de Bolivia. Esta encuesta permite identificar, bajo parámetros estadísticamente aceptables, la proporción de gasto que las familias destinan para adquirir servicios de salud. El siguiente cuadro muestra esta proporción de gasto separando a los hogares en cinco Quintiles de Gasto per Cápita.

Cuadro 6. Gastos de los Hogarers por Quintil de Gasto per Capita

	Quintil				
Total	1	2	3	4	5
Salud	2.4	2.6	3.2	4.1	4.9
Servicios	1-6	1.5	1.8	2.4	3.2
Prod Farmacéuticos	0.8	1.1	1.4	1.8	1.8
Gastos Totales	411	659	849	1,205	2,515

Fuente. INE.1990.

Porcentualmente, y enfocando el análisis a los gastos en servicios de salud y productos farmacéuticos, se ve que ambos rubros presentan una incidencia muy significativa sobre el presupuesto familiar, pues ambos se incrementan a medida que se incrementan sus gastos (e ingresos).

En los extremos, el Quintil más pobre (Quintil 1) destina el 2.4% de sus gastos totales a salud, mientras que el Quintil 5 el 4,9%. Inclusive la diferencia entre Quintiles, en términos absolutos, es marcadamente diferente, ya que el Quintil 1 gastó 10 Bs. mensuales en salud, y el quinto 123, o más de doce veces más. Se puede ver que el gasto en salud de los hogares en Bolivia se diferencia marcadamente por quintiles, pues la mayor proporción de hogares que acceden a los servicios

privados de salud se encuentran en el quintil cuarto y quinto. Este resultado es de todas maneras previsible inclusive en la mayoría de los países latinoamericanos.

Por otro lado, en base a las EIH's del INE utilizadas para la estimación del gasto de los hogares, se pudo determinar que los principales usuarios de los servicios públicos de salud y de las Cajas de Salud son los hogares que pertenecen al tercer y cuarto quintil, mientras que los hogares de los primeros dos quintiles se benefician en porcentajes muy bajos de estos servicios. Esto nos permite advertir un serio problema de inequidad en la prestación de servicios públicos, pues los recursos van a beneficiar principalmente a los hogares con mayor capacidad de gasto.

5. Conclusiones

Los resultados finales no fueron como los esperados, se tenía la idea de que los hogares serían los principales financiadores del sistema. En realidad sucedió que las empresas e instituciones son las principales fuentes de financiamiento del Gasto Nacional de Salud.

Las Cajas de Salud son los principales prestadores, cubriendo así las necesidades de los trabajadores y dependientes de estos pero se advierte sin embargo una elevada saturación de los servicios, lo cual ha conducido a que la calidad de atención sea deficiente, ocasionando que las personas de medianos ingresos busquen alternativas de atención en el sector privado.

El Sector Público y especialmente el Ministerio de Salud, se constituye en actor protagónico de la implementación de programas especiales con carácter de promoción y prevención de la salud, tarea que es de carácter nacional y gratuito. Difícilmente sería llevado a cabo por otro sector de la economía, por cuanto no constituye una actividad lucrativa.

En la administración de recursos externos han entrado a competir los Organismos No Gubernamentales y para los financiadores extranjeros, las ONG's constituyen una alternativa atractiva y eficiente para canalizar recursos hacia el sector salud.

En Bolivia, el acceso a información de carácter financiero del sector privado aún constituye un fuerte obstáculo para cuantificar su participación en el gasto nacional en salud. Inclusive, las correspondientes instancias del sector público no reportan este tipo de información, como en el caso del financiamiento externo que reciben las Organizaciones No Gubernamentales. Por tanto, debiera generarse la coordinación necesaria para que los estudios sobre gasto en salud u otros similares, cuenten con el pleno apoyo del sector privado, y a la vez, sea el propio sector el que coadyuve para que la generación de información en salud sea confiable y permita de esta manera mejorar la toma de decisiones de todos los agentes involucrados en el sector.

La recolección de la información del sector público ha tropezado con algunos problemas referentes a la contabilización de los datos, por ello se recurrió a fuentes de información primaria para corroborar y mejorar los resultados del estudio. Se ha logrado involucrar al Ministerio de Salud en la revisión de las cifras referidas a ésta institución y sería muy aconsejable mantener este tipo de compromisos que logran el consenso necesario.

La participación de los hogares en el gasto privado sigue constituyéndose en la base fundamental del sector. Sin embargo, el perfil de estos gastos está orientado fuertemente a los de "bolsillo". Los hogares aún no consideran como alternativa factible, las posibles ventajas a las que pueden acceder, en términos de costos, por los servicios ofertados por la medicina prepagada o las coberturas que ofrecen las compañías de seguros. Estos servicios aún poseen un carácter selectivo y así lo demuestra su participación en el gasto del sector privado.

Dentro la estructura de gastos de los hogares en salud, el gasto en medicamentos es considerado el más importante, por cuanto estos destinan aproximadamente el 60% de su presupuesto para cubrir esta necesidad. Como es de esperar, los hogares siguen concentrando su gasto, desde el punto de vista de atención médica y hospitalaria, en los servicios lucrativos de pago directo y no en otros servicios alternativos como ONG's, medicina prepagada u otros. Estos servicios lucrativos de pago directo absorben de manera significativa el gasto de los hogares en consulta e internación. Aparentemente, y como ya se había mencionado, los servicios de seguros y medicina prepagada aún no son lo

suficientemente atractivos y accesibles como para que los hogares puedan acceder a la salud a través de estos agentes.

El sector privado es todavía poco relevante en la producción de servicios, sin embargo el aumento de las prestaciones tanto del sector público como de las cajas de salud afectaron la calidad de atención de estos prestadores, los cuales aunque son significativos desde el punto de vista del gasto, no lo son desde la óptica de eficiencia en prestación de servicios, pues la capacidad instalada de estos sectores está muchas veces subutilizada, lo que ocasiona elevados costos de funcionamiento. La misma población asegurada en estos sectores está optando por acceder a servicios que si bien implican incurrir en gastos adicionales de bolsillo, prestan mejores niveles de calidad y calidez en las prestaciones.

Las ONG's se constituyen en una segunda alternativa, en el sector privado, para que los hogares puedan acceder a servicios de salud. Esta tendencia va en aumento debido a que estas instituciones ofrecen prestaciones de elevada calidad, además, y como componente muy importante, su accesibilidad en términos económicos es mucho más ventajosa que la lucrativa. Las ONG's, que predominantemente trabajan en áreas peri-urbanas, son los únicos agentes del sector privado que realizan importantes y continuas campañas preventivas y promocionales sobre la salud familiar, hecho que facilita la mayor captación de usuarios de sus servicios. Las ONG's están facilitando el acceso a la salud a toda aquella población carente de recursos y fundamentalmente a personas que no poseen ningún seguro de salud. Inclusive, desde el punto de vista de la prestación de servicios, las ONG's reportan mayor producción que los servicios lucrativos. Algunos programas de carácter preventivos y promocionales poseen mayor impacto en comparación con los desarrollados por el sector público, prueba de ello son por ejemplo los programas de salud reproductiva

En términos globales, se puede concluir que el sector que mayores recursos administra en el sistema de salud en Bolivia son las cajas de seguridad social (37,65% del total). Los hogares se encuentran en segundo lugar como agentes financieros, ya que administran el 28,59% de los recursos, lo cual demuestra la inexistencia de alternativas más eficientes para la administración de dichos recursos en el país. El subsector público es un importante intermediario financiero del 27,29% de los recursos del sistema y los seguros privados sólo captan un 2,48% del total. Finalmente, las ONG's administran el restante 4% y se constituyen en una interesante alternativa para la canalización de la cooperación externa.

Es necesario destacar que el presente estudio ha despertado un importante interés por parte de todos aquellos agentes relacionados con el financiamiento y gasto en el sector salud en Bolivia. Se abrieron importantes escenarios de debate en los cuales se discutió y concertó la metodología utilizada.

Anexo 1: Metodológico

Sector Público

Las fuentes de información utilizadas para la cuantificación del gasto público en salud fueron la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo y Fondo de Inversión Social. Las dos primeras portavoces oficiales del SP, por Ley las instituciones del SP deben enviar periódicamente información del estado de su ejecución presupuestaria, se recolectó información del FIS debido a que existía una subestimación de la información en las fuentes secundarias.

La información de la CGE tiene los siguientes componentes: Código de la Entidad, Programa, Subprograma, Proyecto, Obra/Actividad, Fuente de Financiamiento y monto devengado (sinónimo de ejecutado) en bolivianos, para el período 1990-1996.

La información del VIPFE contiene los siguientes componentes: Código del proyecto, nombre de la inversión, entidad ejecutora, fuente de financiamiento y monto ejecutado en miles de dólares, para el período 1990-1996.

El FIS entregó la información bajo la siguiente estructura: Subprograma, departamento, municipio, monto evaluado, fuentes de financiamiento y desembolsos ejecutados en dólares, para el período 1990-1997.

La diferencia en la moneda utilizada por cada fuente fue motivo de problemas, el VIPFE maneja el tipo de cambio presupuestario, mientras que el FIS utiliza el tipo de cambio del día del desembolso, para subsanar esta deficiencia se trabajó con información en bolivianos.

Metodología

Se consolidó la base de la CGE, se restaron los aportes al sistema de seguridad social (debido a que estos son contabilizados como ingresos en el sector cajas de salud) y las transferencias entre instituciones relacionadas (transferencias a instituciones descentralizadas, seguridad social como subsidio o subvención).

Se identificaron las transferencias por pensiones vitalicias a beneméritos de la patria y personajes notables. Estas no van con la definición de salud, por lo tanto son restadas del gasto de salud del Ministerio de Salud y Previsión Social.

Se restaron los proyectos en la base de la CGE ya que estos son mejor registrados por el VIPFE .

Se consolidó la información del VIPFE, se restaron todos los montos ejecutados por los municipios, corporaciones, prefecturas y ministerio de salud con fondos FIS.

Finalmente con toda la información consolidada se obtuvo una serie 1990-1996 del gasto público en salud. La finalidad de relacionar las bases secundarias de información radica en que esta fue una forma de subsanar las deficiencias que estas presentan, en el caso de la CGE hasta 1996 sólo llegaban a recopilar información del 60% del SP, presentado mayor deficiencia en el registro de proyectos ejecutados por el mismo sector, mientras que el VIPFE sólo registra proyectos de inversión pública. Al conjuncionar ambas se obtiene un dato más cercano a la realidad.

El FIS se constituye en un importante ejecutor y administrador de recursos externos para ser dirigidos al área social por medio de proyectos de Salud, Educación y Saneamiento Básico. Se obtuvo la información sólo referida a Salud.

A continuación, se presentan las instituciones involucradas en el estudio clasificadas de acuerdo a la fuente de información utilizada en cada caso.

Institucion	Fuente de Informacion
Ministerio De Salud	CONSOLIDACION CGE-VIPFE
Prefecturas	VIPFE
Municipios	VIPFE
Instituto Nacional De Nutricion	CGE
Oficina Nacional De Alimentacion	CGE
Instituto Nacional De Seguridad Social	CGE
Corporaciones	VIPFE
Fondo De Inversion Social	FIS
Otros*	VIPFE

* Se encuentran en esta clasificación todas las instituciones que han tenido que ver algo con el sector salud, como la Vicepresidencia, Universidades, ONAMFA, SNAEGG.

Matriz 1

Para la Matriz 1, la información disponible permitía esta desagregación o clasificación, las fuentes de financiamiento se dividieron en tres; gobierno, recursos propios y externas. La primera se refiere a recursos provenientes principalmente del TGN, los segundos se refieren a ingresos por venta de servicios y las externas son las que provienen del sector internacional en forma de crédito o donación.

En el caso del FIS, la columna de recursos propios se refiere a la contra parte institucional que no proviene del municipio, ya sea de una Organización No Gubernamental u otro organismo privado.

Matriz 2

En la matriz 2, la clasificación de Hospitales, Centros, Programas Especiales y Otros se realizó por medio del nombre del proyecto en el caso del VIPFE y por actividad en el caso de la CGE. Por ejemplo en la “Construcción de Centro de Salud” se clasificó como Centros. En lo que se refiere a Programas Especiales, estos incluyen a “Salud Reproductiva, Chagas, PROISS, PSF, etc.”. Aquellas actividades de carácter administrativo o no clasificable en las categorías anteriormente mencionadas, se registraron en Otros.

En el caso del FIS, se utilizó la estructura porcentual extraída de los proyectos aprobados por año.

Matriz 3

En la Matriz 3 se clasificaron los proyectos de infraestructura en Hospitalario, Ambulatorio, Prevención/Promoción y Otros. Los programas especiales de la matriz 2 no todos son de prevención y promoción, algunos no cuentan con la suficiente información como para ser clasificados en ambulatorio, hospitalario o prevención/promoción.

Al igual que la matriz 2 la clasificación se realizó en base al nombre del proyecto o actividad, además que las características de la matriz predecesora fueron de gran ayuda para tal fin.

Para esta matriz se utilizó la misma metodología en el caso del FIS.

Matriz 4

La desagregación por objeto del gasto no representó mayor problema en la base de la CGE, ya que esta contiene esta información, en cambio en la de la SIPFE se tuvo que aplicar estructuras porcentuales del gasto por partidas extraídas de la CGE. Este fue el caso de la información de proyectos del Ministerio de Salud. El Fondo de Inversión Social, Municipios, Prefecturas y Otros del Sector Público, se dejaron como partida 400, referida a activos reales (inversión).

Se definió el Gasto Público en Salud como todos aquellos recursos provenientes de instituciones del sector público destinados a mejorar el nivel de salud de la población.

La clasificación institucional fue importante en el momento de definir la parte del sector público que trabaja en salud. El gobierno general alberga a todas las instituciones públicas relacionadas con el sector salud: en el gobierno central se encuentran el Ministerio de Salud, FIS y Seguridad Social, las prefecturas conforman los gobiernos regionales y los locales están constituido por los 311 municipios.

Las matrices en el anexo del sector público, que se presentan posteriormente, no coinciden con las cifras de las matrices finales del Gasto Nacional de Salud (GNS), debido a que se incluyen los recursos propios del Ministerio de Salud, Prefecturas, INASES, FIS y OFINAL. Los recursos propios generados en estas instituciones han sido por la prestación de servicios de salud, por ejemplo en el caso de las prefecturas, estas utilizan estos recursos en infraestructura y equipamiento los cuales han sido pagado los hogares. Por lo tanto en las matrices del GNS esta cifra aparecerá en los hogares.

Soluciones Salomónicas

En el caso de la matriz 3, los proyectos provenientes de la fuente de información del Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo sobreestimaban el gasto público en promoción y prevención, debido a que en su mayoría este era resultado de la implementación de programas especiales (matriz 2). Se recurrió a la información desagregada de los programas más importantes del Ministerio de Salud; Programa Integrado de Servicios de Salud (PROISS) que desarrolla sus labores en el eje troncal de Bolivia (La Paz - Cochabamba - Santa Cruz). La información obtenida de esta fuente, dio como referencia que el 30% de los recursos a programas son destinados a Servicios Hospitalarios y 70% a Ambulatorio.

En el caso de Agua y Saneamiento Básico, los recursos propios percibidos en su mayoría por las Empresas de Agua contienen dos componentes difíciles de separar, los hogares e instituciones y empresas (públicas y privadas). Para ello se utilizó la información proporcionada por SAMAPA, la cual indicaba que el 70% eran Instituciones y el resto eran provenientes de los hogares.

Información del Ministerio de Salud

La información del Ministerio de Salud obtenida con la metodología del estudio CNGS fue motivo de debate. Ya que las autoridades del Ministerio de Salud vieron con preocupación la diferencia de datos que existen entre las fuentes secundarias su propia información. Para determinar las causas de la diferencia se conformaron un equipo conjunto entre el Ministerio de Salud y el equipo CNGS.

Sector Privado

Seguros Privados

Aseguradoras.- Estas compañías disponen, entre su oferta de servicios, de una importante gama de seguros, sin embargo en el presente estudio sólo se consideraron los denominados seguros contra siniestros y accidentes personales de asistencia, que incluyen el gasto de los hogares y empresas en eventualidades médicas. Esta información fue obtenida de las siguientes fuentes de información: anuarios estadísticos elaborados por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros, cuya información es elaborada en función a lo reportes mensuales presentados por las Compañías de Seguros; información elaborada al respecto por la Asociación Boliviana de Aseguradoras (ABA) y finalmente por una encuesta aplicada a cuatro de las Aseguradoras más importantes, en la que se estableció los porcentajes de primas cancelado por los hogares y empresas.

El monto reportado en la matriz 1, corresponde, a las primas canceladas por los hogares y empresas a las compañías de seguros y no los montos pagados por estas aseguradoras a los prestadores de servicios de salud.

Organizaciones No Gubernamentales

La información para estimar el gasto en salud de estas instituciones no pudieron obtenerse de fuentes primarias, por cuanto existe una inesperada confidencialidad para el manejo de la información financiera de estas instituciones. No existe ninguna instancia gubernamental de la cual se pueda obtener esta información, ya que las ONG's no reportan sus actividades económicas excepto a la Secretaría de Salud en lo referente a prestación de servicios.

Por tanto, la investigación centró su tarea en estimar los montos que estas instituciones captan por concepto de donaciones de fuentes externas, ingresos por concepto de venta de servicios y los gastos en que incurren para realizar estas prestaciones.

Para determinar los montos de financiamiento externo (donaciones), se identificó en primera instancia las agencias de cooperación y organismos internacionales que prestan cooperación económica a estas organizaciones. A partir de esta etapa, se realizaron visitas personales a todas estas agencias de cooperación de las cuales se pudo obtener, como primera fuente de información, los montos de cooperación a todo el sistema de ONG's que brindan servicios de salud en Bolivia. Estos montos se los clasificó por programa ejecutado, es decir, fondos desembolsados para el Programa de Salud Reproductiva, Materno Infantil, Saneamiento Básico, Equipamiento e IEC (información, educación y comunicación).

El siguiente paso fue determinar la otra fuente de ingresos, venta de servicios. Para esta tarea se estimó la información a partir del análisis de los estados financieros de tres instituciones que contribuyen con más de la mitad de la producción de servicios del sector. Realizando un análisis de la información financiera y la de producción de servicios, se determinó que aproximadamente el 60% de los ingresos son generados por estas tres instituciones. Consiguientemente se realizó una interpolación a través de la información generada y se estimó el total de ingresos generados por el sector.

Finalmente se estimó el destino de los fondos con los cuales las ONG's desarrollan sus actividades. No se diferenciaron, en la utilización de los mismos, los provenientes de fuentes externas y los generados por venta de servicios, pues en última instancia estos fondos cubren los mismos ítems de gasto. El cálculo de esta aplicación de fondos se estimó tomando en consideración el mismo criterio que para el cálculo de ingresos, es decir, considerando los gastos de las 3 instituciones más grandes del sector (y su importancia en cuanto a número de personal, infraestructura, etc) y realizando posteriormente la interpolación correspondiente para estimar el gasto total del sector.

Mercado Farmacéutico

La estimación del gasto en medicamentos no estuvo orientada únicamente a los gastos de los hogares en farmacias (aunque constituye el porcentaje mas relevante del total), sino también, a los gastos en adquisición de medicamentos de las cajas de salud, sector público, empresas sin fines de lucro y Organizaciones No Gubernamentales.

La tarea central, sin embargo, estaba orientada a estimar el gasto de los hogares en farmacias. Para tal efecto, y por la disponibilidad de información, se eligió estimar este gasto a partir de la siguiente identidad:

$$\text{GASTO HOGARES} = \text{importaciones} + \text{producción local} + \text{contrabando} - \text{compras cajas de salud} - \text{compras sector público} - \text{compras empresas privadas sin fines de lucro} - \text{compras ONGs} - \text{exportaciones}$$

Los datos de compra de medicamentos de las cajas de salud y del sector público fueron obtenidos de la Contaduría General de Estado. Los gastos de las empresas privadas y ONG's fueron obtenidos de las propias fuentes y finalmente las de importaciones, producción local y exportaciones fueron obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas.

Los resultados son consistentes con reportes de otros estudios, que confirman los montos obtenidos. Estas estimaciones fueron corroboradas con las obtenidas a través de la Encuesta Integrada de Hogares.

Encuesta Integrada de Hogares

Una de las tareas centrales de las Cuentas Nacionales de Gasto en Salud es la determinación del gasto de los hogares en servicios médicos. Si bien en Bolivia no se cuenta con una encuesta especializada que determine el gasto en salud de los hogares, tuvo que recurrirse a otra fuente alternativa que es la Encuesta Integrada de Hogares (EIH), que en uno de sus módulos contempla el gasto en salud de los entrevistados (pero solo a nivel de capitales de departamento).

La estimación tomó en consideración 3 rondas de las EIH's: la 3ra., efectuada en septiembre de 1990; 5ta. Ronda, efectuada en noviembre de 1992 y la 7ma. efectuada en julio de 1994. Estas encuestas reportan gastos en los ítems de consulta externa, internación (excepto en la 5ta. y 7ma.ronda), medicamentos y el gasto en transporte en el que incurrieron los entrevistados para dirigirse al centro de atención. Las rondas en las que se tuvo especial énfasis fueron la 3ra. y 5ta., por cuanto a partir de estas se haría la proyección de gastos para los años 1995 y 1996.

Inicialmente se depuró la base de datos correspondiente a 1990 tomando en consideración todas las personas que reportaron estar enfermas y que recurrieron a un centro de atención. Además, se tuvo especial cuidado en considerar sólo a las personas que recurrieron a un centro y que realizaron el pago por el mismo en dinero y no en especie, es decir, sólo se estimó el gasto en salud en función a las personas que habían realizado un pago en efectivo por el servicio y no por el total de personas que acudieron a un servicio de salud. Una vez obtenido el resultado para la muestra, se expandió la misma para el total de la población por medio de un factor de expansión proporcionado por el Instituto Nacional Estadística. La Se aplico la misma metodología se aplicó para estimar el gasto a través de la 5ta. y 7ma. Ronda.

Una vez calculado el gasto en salud para 1990 y 1992 y teniendo como referencia el gasto para 1994, se proyectaron los gastos para los años 1995-1996 utilizando el Índice de Precios al Consumidor (IPC) diferenciado para medicamentos, honorarios médicos y gastos hospitalarios y transporte, por separado. La variable de ajuste con la que se validó la proyección fue la de medicamentos pues ya se contaba con el estudio y cuantificación del gasto del sector. Los resultados

demonstraron que para 1995 las EIH's reportaron una subdeclaración de 6% respecto al estimado en el enfoque de Cuentas Nacionales de Medicamentos y 21% para 1996. Estas diferencias fueron ajustadas incluyendo en las estimaciones, los datos estimados para el mercado de medicamentos, la estimación de gastos en salud de las ONG's y los recursos propios generados por el sector público por concepto de prestación de servicios a no asegurados, datos que como se mencionó, fueron calculados en forma independiente.

Anexo 2: Matrices

Matriz 1				
Gasto Público en Salud 1995				
bolivianos corrientes				
	Fuentes de Financiamiento			
Instituciones	Gobierno	Recursos Propios	Externas	TOTAL
INAN	202,697	0	0	202,697
INASES	0	3,885,811	0	3,885,811
OFINAL	1,466,551	67,202	95,755	1,629,508
Ministerio De Salud	271,299,459	7,399,296	60,197,336	338,896,091
Corporaciones	845,640	5,496,660	2,187,000	8,529,300
FIS	1,877,532	37,598	27,104,997	29,020,127
MUNICIPIOS	68,040	0	0	68,040
ONAMFA	1,020,600	0	7,780,860	8,801,460
SNAEGG	466,560	0	3,897,720	4,364,280
TOTAL	277,247,078	16,886,566	101,263,669	395,397,313

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Ministerio de Salud.
Tipo de cambio 1995 – 4.8056

Matriz 1				
Gasto Público en Salud 1995				
dólares corrientes				
	Fuentes de Financiamiento			
Instituciones	Gobierno	Recursos Propios	Externas	TOTAL
INAN	42,179	0	0	42,179
INASES	0	808,601	0	808,601
OFINAL	305,175	13,984	19,926	339,085
Ministerio de Salud	56,454,857	1,539,724	12,526,497	70,521,078
Corporaciones	175,970	1,143,803	455,094	1,774,867
FIS	390,697	7,824	5,640,294	6,038,814
Municipios	14,158	0	0	14,158
ONAMFA	212,377	0	1,619,124	1,831,501
SNAEGG	97,087	0	811,079	908,165
TOTAL	57,692,500	3,513,935	21,072,014	82,278,449

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Ministerio de Salud.
Deflactor implícito del consumo de la Administración Pública (1990=100) 206.5

Matriz 1 Gasto Público en Salud 1995 bolivianos de 1990				
Instituciones	Fuentes de Financiamiento			TOTAL
	Gobierno	Recursos Propios	Externas	
INAN	98,158	0	0	98,158
INASES	0	1,881,749	0	1,881,749
OFINAL	710,194	32,543	46,371	789,108
Ministerio De Salud	131,379,883	3,583,194	29,151,252	164,114,330
Corporaciones	409,511	2,661,821	1,059,080	4,130,412
FIS	909,216	18,207	13,125,907	14,053,330
Municipios	32,949	0	0	32,949
ONAMFA	494,237	0	3,767,971	4,262,208
SNAEGG	225,937	0	1,887,516	2,113,453
Total	134,260,086	8,177,514	49,038,096	191,475,696

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Ministerio de Salud.
 PIB 1995 (BS. CORRIEN)
 31485104000

Matriz 1 Gasto Público en Salud 1995 como porcentaje del PIB				
Instituciones	Fuentes de Financiamiento			TOTAL
	Gobierno	Recursos Propios	Externas	
INAN	0.00	0.00	0.00	0.00
INASES	0.00	0.01	0.00	0.01
OFINAL	0.00	0.00	0.00	0.01
Ministerio De Salud	0.86	0.02	0.19	1.08
Corporaciones	0.00	0.02	0.01	0.03
FIS	0.01	0.00	0.09	0.09
Municipios	0.00	0.00	0.00	0.00
ONAMFA	0.00	0.00	0.02	0.03
SNAEGG	0.00	0.00	0.01	0.01
TOTAL	0.88	0.05	0.32	1.26

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, y Fondo de Inversión Social.

Matriz 3 Recursos Propios					
Recursos Propios	Hospitalario	Ambulatorio	Promoción	Administrativos	TOTAL
Ministerio de Salud	5,014,593	710,110	461,618	1,212,975	7,399,296
Corporaciones	2,981,124	2,515,536		0	5,496,660
INASES				3,885,811	3,885,811
OFINAL			67,202		67,202

Matriz 3 Gasto Público en Salud 1995 bolivianos corrientes					
	Tipo de Servicio				
			Prevención		
Instituciones	Hospitalario	Ambulatorio	Promoción	Otros	TOTAL
0	0	202,697	0	202,697	
0	0	0	3,885,811	3,885,811	
0	0	1,629,508	0	1,629,508	
132,110,680	127,446,119	23,986,303	55,352,989	338,896,091	
4,463,424	4,065,876	0		8,529,300	
0	11,199,728	0	17,820,399	29,020,127	
24,300	38,880	4,860	0	68,040	
0	0	8,801,460	0	8,801,460	
0	0	4,364,280	0	4,364,280	
136,598,404	142,750,603	38,989,108	77,059,199	395,397,313	

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Ministerio de Salud.

Matriz 3					
Gasto Público en Salud 1995					
dólares corrientes					
	Tipo de Servicio				
			Prevención		
Instituciones	Hospitalario	Ambulatorio	Promoción	Otros	TOTAL
INAN	0	0	42,179	0	42,179
INASES	0	0	0	808,601	808,601
OFINAL	0	0	339,085	0	339,085
Ministerio De Salud	27,490,985	26,520,334	4,991,323	11,518,435	70,521,078
Corporaciones	928,796	846,070	0	0	1,774,867
FIS	0	2,330,558	0	3,708,257	6,038,814
Municipios	5,057	8,091	1,011	0	14,158
ONAMFA	0	0	1,831,501	0	1,831,501
SNAEGG	0	0	908,165	0	908,165
TOTAL	28,424,838	29,705,053	8,113,265	16,035,292	82,278,449

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Ministerio de Salud.

Matriz 3					
Gasto Público en Salud 1995					
bolivianos de 1990					
	Tipo de Servicio				
			Prevención		
Instituciones	Hospitalario	Ambulatorio	Promoción	Otros	TOTAL
INAN	0	0	98,158	0	98,158
INASES	0	0	0	1,881,749	1,881,749
OFINAL	0	0	789,108	0	789,108
Ministerio De Salud	63,976,116	61,717,249	11,615,643	26,805,322	164,114,330
Corporaciones	2,161,464	1,968,947	0	0	4,130,412
FIS	0	5,423,597	0	8,629,733	14,053,330
Municipios	11,768	18,828	2,354	0	32,949
ONAMFA	0	0	4,262,208	0	4,262,208
SNAEGG	0	0	2,113,453	0	2,113,453
TOTAL	66,149,348	69,128,621	18,880,924	37,316,803	191,475,696

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Ministerio de Salud.

**Matriz 3
Gasto Público en Salud 1995
como porcentaje del PIB**

Instituciones	Tipo de Servicio				TOTAL
	Hospitalario	Ambulatorio	Prevención	Otros	
			Promoción		
INAN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
INASES	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01
OFINAL	0.00	0.00	0.01	0.00	0.01
MINISTERIO DE SALUD	0.42	0.40	0.08	0.18	1.08
CORPORACIONES	0.01	0.01	0.00	0.00	0.03
FIS	0.00	0.04	0.00	0.06	0.09
MUNICIPIOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
ONAMFA	0.00	0.00	0.03	0.00	0.03
SNAEGG	0.00	0.00	0.01	0.00	0.01
TOTAL	0.43	0.45	0.12	0.24	1.26

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Ministerio de Salud.

Matriz 4 Recursos Propios									
Instituciones	Servicios Personales	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	Activos Reales	Activos Financieros	Servicio Deuda Pública	Transfe-rencias	Otros	Total
Ministerio De Salud	2,532,802	1,243,656	3,285,974	333,691	0	0	0	3,174	7,399,296
Corporaciones	201,474	482,438	337,410	4,475,338					5,496,660
INASES	1,653,413	212,190	63,562	129,566				1,827,079	3,885,811
OFINAL	325	14,458	52,419						67,202

Matriz 4 Gasto Público en Salud 1995 bolivianos corrientes									
	Objeto del Gasto								
Instituciones	Servicios Personales	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	Activos Reales	Activos Financieros	Servicio Deuda Pública	Transfe-rencias	Otros	TOTAL
INAN	154,702	15,351	970	12,912	18,761	0	0	0	202,697
INASES	1,653,413	212,190	63,562	129,566	1,515,473	204,255	107,352	0	3,885,811
OFINAL	756,504	515,189	256,059	6,000	95,755	0	0	0	1,629,508
Ministerio de Salud	222,988,814	39,591,919	36,745,851	37,675,017	53,739	0	1,820,146	20,605	338,896,091
Corporaciones				8,529,300					8,529,300
FIS				29,020,127					29,020,127
Municipios				68,040					68,040
ONAMFA				8,801,460					8,801,460
SNAEGG				4,364,280					4,364,280
TOTAL	225,553,434	40,334,650	37,066,442	88,606,702	1,683,728	204,255	1,927,497	20,605	395,397,313

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Ministerio de Salud.

Matriz 4									
Gasto Público en Salud 1995 dólares corrientes									
Instituciones	Objeto del Gasto								Total
	Servicios Personales	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	Activos Reales	Activos Financieros	Servicio Deuda Pública	Transfe-rencias	Otros	
INAN	32,192	3,194	202	2,687	3,904	0	0	0	42,179
INASES	344,060	44,155	13,227	26,962	315,356	42,504	22,339	0	808,601
OFINAL	157,421	107,206	53,283	1,249	19,926	0	0	0	339,085
Ministerio de Salud	46,401,867	8,238,705	7,646,465	7,839,815	11,182	0	378,755	4,288	70,521,078
Corporaciones	0	0	0	1,774,867	0	0	0	0	1,774,867
FIS	0	0	0	6,038,814	0	0	0	0	6,038,814
Municipios	0	0	0	14,158	0	0	0	0	14,158
ONAMFA	0	0	0	1,831,501	0	0	0	0	1,831,501
SNAEGG	0	0	0	908,165	0	0	0	0	908,165
TOTAL	46,935,541	8,393,260	7,713,177	18,438,218	350,368	42,504	401,094	4,288	82,278,449

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Ministerio de Salud.

**Matriz 4
Gasto Público en Salud 1995
bolivianos de 1990**

Instituciones	Objeto del Gasto								TOTAL
	Servicios Personales	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	Activos Reales	Activos Financieros	Servicio Deuda Pública	Transferencias	Otros	
INAN	74,916	7,434	470	6,253	9,085	0	0	0	98,158
INASES	800,684	102,755	30,781	62,744	733,885	98,913	51,986	0	1,881,749
OFINAL	366,346	249,486	123,999	2,906	46,371	0	0	0	789,108
Ministerio De Salud	107,984,898	19,172,842	17,794,601	18,244,560	26,023	0	881,427	9,978	164,114,330
Corporaciones	0	0	0	4,130,412	0	0	0	0	4,130,412
FIS	0	0	0	14,053,330	0	0	0	0	14,053,330
Municipios	0	0	0	32,949	0	0	0	0	32,949
ONAMFA	0	0	0	4,262,208	0	0	0	0	4,262,208
SNAEGG	0	0	0	2,113,453	0	0	0	0	2,113,453
TOTAL	109,226,845	19,532,518	17,949,851	42,908,815	815,364	98,913	933,413	9,978	191,475,696

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Ministerio de Salud.

**Matriz 4
Gasto Público en Salud 1995
como porcentaje del PIB**

Instituciones	Objeto del Gasto								TOTAL
	Servicios Personales	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	Activos Reales	Activos Financieros	Servicio Deuda Pública	Transfe-rencias	Otros	
INAN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
INASES	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01
OFINAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01
Ministerio De Salud	0.71	0.13	0.12	0.12	0.00	0.00	0.01	0.00	1.08
Corporaciones	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03
FIS	0.00	0.00	0.00	0.09	0.00	0.00	0.00	0.00	0.09
Municipios	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
ONAMFA	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03
SNAEGG	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01
TOTAL	0.72	0.13	0.12	0.28	0.01	0.00	0.01	0.00	1.26

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Ministerio de Salud.

Matriz 1				
Gasto Público en Salud 1996				
bolivianos corrientes				
Instituciones	Fuentes de Financiamiento			Total
	Gobierno	Recursos Propios	Externas	
INAN	210,381	0	0	210,381
INASES	2,005,958	3,731,609	0	5,737,567
OFINAL	1,688,768	0	0	1,688,768
MINISTERIO DE SALUD	259,408,010	1,801,313	38,484,058	299,693,381
PREFECTURAS	3,970,188	3,052,524	0	7,022,711
FIS	789,336	17,916	16,165,385	16,972,637
MUNICIPIOS	45,473,299			45,473,299
SNAEGG	547,840	0	15,206,400	15,754,240
TOTAL	314,093,780	8,603,362	69,855,843	392,552,984

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Sistema de Indicadores Sociales y Análisis de Políticas Sociales.
 Tipo de Cambio 5.0818

Matriz 1				
Gasto Público en Salud 1996				
dólares corrientes				
Instituciones	Fuentes de Financiamiento			Total
	Gobierno	Recursos Propios	Externas	
INAN	0	0	0	0
INASES	4	8	0	12
OFINAL	4	0	0	4
Ministerio De Salud	556	4	82	642
Prefecturas	9	7	0	15
FIS	2	0	35	36
Municipios	97	0	0	97
SNAEGG	1	0	33	34
TOTAL	673	18	150	841

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Sistema de Indicadores Sociales y Análisis de Políticas Sociales.
 Deflactor Implícito 231.76

Matriz 1				
Gasto Público en Salud 1996				
bolivianos de 1990				
	Fuentes de Financiamiento			
Instituciones	Gobierno	Recursos Propios	Externas	Total
INAN	0	0	0	0
INASES	3	6	0	10
OFINAL	3	0	0	3
Ministerio De Salud	450	3	67	519
Prefecturas	7	5	0	12
FIS	1	0	28	29
Municipios	79	0	0	79
SNAEGG	1	0	26	27
TOTAL	544	15	121	680

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Sistema de Indicadores Sociales y Análisis de Políticas Sociales.
 PIB (BS CORRIENTES) 36193979000

Matriz 1				
Gasto Público en Salud 1996				
como porcentaje del PIB				
	Fuentes de Financiamiento			
Instituciones	Gobierno	Recursos Propios	Externas	Total
INAN	0.16	0.00	0.00	0.16
INASES	1.49	2.78	0.00	4.27
OFINAL	1.26	0.00	0.00	1.26
Ministerio de Salud	193.21	1.34	28.66	223.22
Prefecturas	2.96	2.27	0.00	5.23
FIS	0.59	0.01	12.04	12.64
Municipios	33.87	0.00	0.00	33.87
SNAEGG	0.41	0.00	11.33	11.73
TOTAL	233.94	6.41	52.03	292.38

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Sistema de Indicadores Sociales y Análisis de Políticas Sociales.

Matriz 3					
Recursos propios					
156,763,690 75,904,732 45,194,896 20,028,751					
Instituciones	Hospitalario	Ambulatorio	Prom/Prev	otros	Total
INASES				3,731,609	3,731,609
Ministerio de Salud	5,120	10,240	934,436	851,517	1,801,313
Prefectura				3052523.6	3052523.6

Matriz 3 Gasto Público en Salud 1996 bolivianos corrientes					
	Tipo de Servicio				
Instituciones	Hospitalario	Ambulatorio	Prevención Promoción	Otros	Total
INAN	0	0	210,381	0	210,381
INASES	0	0	0	5,737,567	5,737,567
OFINAL	0	0	1,688,768	0	1,688,768
Ministerio De Salud	156,768,810	75,914,972	46,129,331	20,880,268	299,693,381
Corporaciones	11,000			7,011,711	7,022,711
FIS	0	16,774,691	0	197,945	16,972,637
Municipios	27,551,702	6,221,412	589,652	11,110,533	45,473,299
SNAEGG	0	0	15,754,240		15,754,240
TOTAL	184,331,512	98,911,075	64,372,372	44,938,025	392,552,984

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Sistema de Indicadores Sociales y Análisis de Políticas Sociales.

Matriz 3 Gasto Público en Salud 1996 dólares corrientes					
	Tipo de Servicio				
Instituciones	Hospitalario	Ambulatorio	Prevención Promoción	Otros	Total
INAN	0	0	0	0	0
INASES	0	0	0	12	12
OFINAL	0	0	4	0	4
Ministerio De Salud	336	163	99	45	642
Corporaciones	0	0	0	15	15
FIS	0	36	0	0	36
Municipios	59	13	1	24	97
SNAEGG	0	0	34	0	34
Total	395	212	138	96	841

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio e Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Sistema de Indicadores Sociales y Análisis de Políticas Sociales.

Matriz 3 Gasto Público en Salud 1996 bolivianos de 1990					
	Tipo De Servicio				
Instituciones	Hospitalario	Ambulatorio	Prevención Promoción	Otros	Total
INAN	0	0	0	0	0
INASES	0	0	0	10	10
OFINAL	0	0	3	0	3
Ministerio De Salud	272	132	80	36	519
Corporaciones	0	0	0	12	12
FIS	0	29	0	0	29
Municipios	48	11	1	19	79
SNAEGG	0	0	27	0	27
TOTAL	320	171	112	78	680

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Sistema de Indicadores Sociales y Análisis de Políticas Sociales.

Matriz 3 Gasto Público en Salud 1996 como porcentaje del PIB					
	Tipo de Servicio				
Instituciones	Hospitalario	Ambulatorio	Prevención Promoción	Otros	Total
INAN	0.00	0.00	0.16	0.00	0.16
INASES	0.00	0.00	0.00	4.27	4.27
OFINAL	0.00	0.00	1.26	0.00	1.26
Ministerio De Salud	116.77	56.54	34.36	15.55	223.22
Corporaciones	0.01	0.00	0.00	5.22	5.23
FIS	0.00	12.49	0.00	0.15	12.64
Municipios	20.52	4.63	0.44	8.28	33.87
SNAEGG	0.00	0.00	11.73	0.00	11.73
Total	137.29	73.67	47.95	33.47	292.38

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Sistema de Indicadores Sociales y Análisis de Políticas Sociales.

Matriz 4								
Recursos Propios								
Instituciones	100	200	300	400	500	600	700	TOTAL
INASES	1,989,448	386,189	98,617	71,584	0	1,075,935	109,836	3,731,609
Ministerio de Salud	83,201	823,700	448,833	445,578				1,801,312
Prefecturas				3052523.6				3052523.6

Matriz 4								
Gasto Público en Salud 1996 bolivianos corrientes								
OBJETO DEL GASTO								
Instituciones	Servicios Personales	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	Activos Reales	Activos Financieros	Servicio Deuda Pública	Transfe-rencias	TOTAL
INAN	187,309	13,105	7,393	2,575	0	0	0	210,381
INASES	1,989,448	386,189	98,617	71,584	2,005,958	1,075,935	109,836	5,737,567
OFINAL	907,028	370,406	72,725	0	338,610	0	0	1,688,768
Ministerio de Salud	13,612,157	28,582,576	8,430,258	15,798,258	0	0	233,270,131	299,693,381
FIS				16,972,637				16,972,637
Municipios				45,473,299				45,473,299
Prefecturas				7,022,711				7,022,711
SNAEGG				15,754,240				15,754,240
TOTAL	16,695,943	29,352,275	8,608,993	101,095,304	2,344,568	1,075,935	233,379,967	392,552,984

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Sistema de Indicadores Sociales y Análisis de Políticas Sociales.

Matriz 4 Gasto Público en Salud 1996 dólares corrientes								
Instituciones	Objeto del Gasto							Total
	Servicios Personales	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	Activos Reales	Activos Financieros	Servicio Deuda Pública	Transferencias	
INAN	0	0	0	0	0	0	0	0
INASES	4	1	0	0	4	2	0	12
OFINAL	2	1	0	0	1	0	0	4
Ministerio de Salud	29	61	18	34	0	0	500	642
FIS	0	0	0	36	0	0	0	36
Municipios	0	0	0	97	0	0	0	97
Prefecturas	0	0	0	15	0	0	0	15
SNAEGG	0	0	0	34	0	0	0	34
TOTAL	36	63	18	217	5	2	500	841

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Sistema de Indicadores Sociales y Análisis de Políticas Sociales.

Matriz 4 Gasto Público en Salud 1996 bolivianos de 1990								
Instituciones	Objeto del Gasto							Total
	Servicios Personales	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	Activos Reales	Activos Financieros	Servicio Deuda Pública	Transferencias	
INAN	0	0	0	0	0	0	0	0
INASES	3	1	0	0	3	2	0	10
OFINAL	2	1	0	0	1	0	0	3
Ministerio de Salud	24	50	15	27	0	0	404	519
FIS	0	0	0	29	0	0	0	29
Municipios	0	0	0	79	0	0	0	79
Prefecturas	0	0	0	12	0	0	0	12
SNAEGG	0	0	0	27	0	0	0	27
TOTAL	29	51	15	175	4	2	405	680

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Sistema de Indicadores Sociales y Análisis de Políticas Sociales.

**Matriz 4
Gasto Público en Salud 1996
como porcentaje del PIB**

Instituciones	Objeto del Gasto							Total
	Servicios Personales	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	Activos Reales	Activos Financieros	Servicio Deuda Pública	Transferencias	
INAN	0.14	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.16
INASES	1.48	0.29	0.07	0.05	1.49	0.80	0.08	4.27
OFINAL	0.68	0.28	0.05	0.00	0.25	0.00	0.00	1.26
Ministerio de Salud	10.14	21.29	6.28	11.77	0.00	0.00	173.74	223.22
FIS	0.00	0.00	0.00	12.64	0.00	0.00	0.00	12.64
Municipios	0.00	0.00	0.00	33.87	0.00	0.00	0.00	33.87
Prefecturas	0.00	0.00	0.00	5.23	0.00	0.00	0.00	5.23
SNAEGG	0.00	0.00	0.00	11.73	0.00	0.00	0.00	11.73
TOTAL	12.44	21.86	6.41	75.30	1.75	0.80	173.83	292.38

Fuente: CNGS en base a información proporcionada por la Contaduría General del Estado, Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Fondo de Inversión Social y Sistema de Indicadores Sociales y Análisis de Políticas Sociales.

**Gasto Ejecutado de Las Cajas de Salud, 1994-1996
(miles de bolivianos)**

Instituciones	1994	1995	1996
Caja Nacional de Salud	125,737	339,709	491,905
Caja Petrolera	37,202	77,882	96,622
Caja Ferroviaria Occidental	8,223	8,149	9,249
Caja Ferroviaria Oriental	4,358	4,210	2,995
Caja De La Banca Estatal	3,558	8,203	5,869
Caja De Caminos	4,722	7,946	9,834
Caja De Las Corporaciones		5,353	9,772
Servicio Integral De Salud	3,734	4,702	4,260
Caja Banca Privada	14,071	16,356	30,199
Corporacion Seguro Militar	30,153	27,900	61,949
Seguros Universitarios de:			
La Paz	5,138	8,104	17,503
Santa Cruz	4,626	6,190	6,823
Cochabamba	5,344	15,916	45,909
Sucre	2,111	2,272	
Oruro	1,770	2,350	3,033
Tarija	954	1,086	—
Potosi	1,064	0	
Beni		0	
Total	252,765	536,328	795,922

Bolivia: Gasto en Medicamentos en miles de dolares													
Año	Producción Local	M	Gasto Cajas	Gasto Publico	Gasto I & C	Gasto ONG's	X	Gasto Hogares	Contra. 20% de Hog.	Hogares Capitales	Hogares No Capital	Total Hogares	Total Gral.
1990	17,651	9,733	4,471	818	0	95	0	22,000	5,500	27,500	6,875	34,375	39,759
1991	14,789	15,122	5,742	1,343	0	160	0	22,666	5,667	28,333	7,083	35,416	42,661
1992	18,501	15,144	13,772	1,333	0	287	16	28,641	7,160	35,801	8,950	44,752	60,160
1993	22,962	32,800	3,415	353	0	220	144	41,410	10,353	51,763	12,941	64,703	68,835
1994	28,926	19,091	4,142	680	79	520	172	42,424	10,606	53,030	13,258	66,288	71,881
1995	36,157	22,617	15,516	587	74	718	182	41,697	10,424	52,121	13,030	65,152	82,229
1996	45,196	22,847	15,142	277	72	815	212	51,525	12,881	64,406	16,102	80,508	97,026

Fuente: CNGS, en base a informacion del ine

M. Importaciones

I & C. IME + CEASS

X. Exportaciones

Evolución del Gasto en Salud de Los Hogares Por Agente y Tipo de Prestacion en dolares corrientes							
AGENTE	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
MPSS	8,030,601	7,360,514	8,985,871	9,056,432	8,960,674	2,683,527	955,141
Consulta Externa	3,180,787	2,915,376.76	3,719,142.77	3,748,347	3,708,714	1,110,679	455,314
Internación	4,849,814	4,445,137.73	5,266,727.78	5,308,085	5,251,960	1,572,848	499,827
S. SOCIAL	791,510	725,465	368,167	371,058	367,134	528,878	548,996
Consulta Externa	601,921	551,696.16	213,263	214,938	212,665	365,850	379,767
Internación	189,588	173,768.79	154,904	156,120	154,469	163,028	169,229
PRIVADOS	16,473,319	15,968,150	18,831,792	18,979,669	18,537,639	22,573,450	23,432,124
Consulta Externa	8,629,462	8,303,438	10,466,989	10,549,181	10,196,291	13,769,939	14,293,735
Internación	7,843,857	7,664,712	8,364,803.10	8,430,488	8,341,348	8,803,512	9,138,390
ONG's	1,207,761	1,228,319	1,134,958	1,143,871	5,000,360	4,563,000	4,971,000
Consulta Externa	579,367	589,593.22	515,343.10	519,390	2,950,212	3,057,210	2,932,890
Internación	628,394	638,725.99	619,615.17	624,481	2,050,147	1,505,790	2,038,110
Medicina Tradicional	0	0	203,523	205,121	257,470	214,197	222,345
Consulta Externa	—	—	203,523	205,121	257,470	214,197	222,345
OTROS PRIVADOS	895,843	614,160	1,530,974	1,542,996	1,496,769	1,728,788	1,794,549
Consulta Externa	895,843	614,160	446,648	450,155	415,483	587,592	609,943
Internación	—	—	1,084,326	1,092,841	1,081,286	1,141,196	1,184,606
MEDICAMENTOS	27,500,000	28,333,000	35,801,000	51,763,000	53,030,000	52,121,000	64,406,000
T O T A L	54,899,034	54,229,608	66,856,285	83,062,148	87,650,046	84,412,840	96,330,156
TRANSPORTE	8,600,841	5,200,415	3,420,378	3,496,961	3,500,676	3,544,694	3,838,082
TOTAL GASTO EN SALUD/HOGARES	63,499,875	59,430,023	70,276,663	86,559,109	91,150,722	87,957,534	100,168,238

FUENTE: Estudio CNGS, En base a informacion del Ine datos finales ajustados para 1995 - 1996

Anexo 3: Decentralización

Las leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa promueven un cambio radical en la estructura e interacción del sector público boliviano, el cual de desarrollarse bajo un régimen centralizado e inequitativo pasa actualmente a enmarcarse en un modelo descentralizado con importante contenido social y participativo. Con la Ley de Participación Popular implementada en el país en 1994, se transfieren recursos de coparticipación tributaria hacia los municipios de manera igualitaria por habitante y se amplía la competencia y las responsabilidades de los gobiernos municipales sobre sus jurisdicciones. Adicionalmente, la recaudación de recursos propios a través del Impuesto a la Renta Presunta sobre la propiedad rural, bienes inmuebles urbanos y sobre automotores, motonaves y aeronaves pasa a ser de dominio exclusivo de los municipios. Con estas medidas se establece el marco legal para el establecimiento de un sistema de descentralización fiscal, creándose dos niveles de gobierno: central y municipal. A partir de este nuevo régimen, los gobiernos municipales son los responsables de la inversión, mantenimiento, administración y provisión de bienes públicos locales.

El proceso de descentralización en Bolivia significó la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico-administrativo a 9 prefecturas y 311 gobiernos municipales, permitiendo de esta manera que los gobiernos locales se incorporen en forma dinámica al proceso, adquiriendo importantes responsabilidades en el área social. Las bases de este proceso son¹⁴: 1) creación de gobiernos locales y la ampliación de sus competencias en materia de gasto social, para que de manera eficiente puedan satisfacer las demandas de su comunidad; 2) la reducción en las brechas de capacidad fiscal inter-regional, mediante el cambio de régimen de redistribución de los recursos de coparticipación tributaria y la creación del fondo compensatorio departamental; 3) la consiguiente provisión mínima de bienes primarios a toda la población, independientemente de su ubicación geográfica y 4) la participación democrática de todos los habitantes en las decisiones.

El régimen de descentralización administrativa del poder ejecutivo tiene como objeto: 1) Establecer la estructura organizativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental dentro del régimen de descentralización administrativa. 2) Establecer el régimen de recursos económicos y financieros departamentales. y 3) Mejorar y fortalecer la eficacia de la Administración Pública, en la prestación de servicios en forma directa y cercana a la población. Las principales atribuciones designadas a las prefecturas además de las establecidas en la Constitución Política del Estado son:¹⁵ 1) Formular y ejecutar los planes departamentales de desarrollo económico y social. 2) Administrar, supervisar y controlar, por delegación del gobierno Nacional, los recursos humanos y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios personales de salud. 3) Canalizar los requerimiento, gestiones y relaciones de los Gobiernos Municipales en el marco de las competencias transferidas. y 4) Gestionar créditos para inversión y dictar resoluciones administrativas, suscribir contratos y convenios, delegar y desconcentrar funciones técnico-administrativas.

A tres años de la implementación de estas leyes el sector salud a sufrido un proceso de adecuación de las mismas. A partir de julio de 1996 entra en funcionamiento el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), el cual pretende llegar a las madres y niños que no tienen acceso a servicios de salud, los municipios participan directamente con el 3.2% del 85% de recursos de coparticipación tributaria, monto que sirve para la reposición de insumos y medicamentos. Este primer paso ha permitido que en la actualidad se diseñe una segunda etapa aún más ambiciosa. El Seguro Básico de Salud pretende llegar a la población más pobre, ampliando el campo de acción a

¹⁴ UDAPSO 1997

¹⁵ Ley No. 1654 del 28 de julio de 1995.

mayores prestaciones a la mujer y el niño e incorporando nuevas prestaciones dirigidas a la población en general. El contexto creado por ambas leyes ha permitido que en los escenarios de negociación se considere el incremento de la participación de los gobiernos municipales y la incorporación de las prefecturas en el financiamiento del sector.

Las prefecturas son responsables de cancelar los sueldos y salarios del personal de salud de su región, pero en la revisión de las partidas de gastos del Ministerio de Salud y Previsión Social y en conversación con el personal encargado, se ha podido observar que el pago de sueldos y salarios es sólo una transferencia. El pago se realiza del Ministerio de Hacienda con la emisión de boletas de pago (cheques) del Ministerio de Salud, las cuales son distribuidas a las prefecturas y estas últimas despachan a los diferentes establecimientos de su región (Cuadro 1).

Cuadro 1. Gasto Público Ejecutado en Salud por Grupos de Partidas, 1996
(en miles de bolivianos)

Instituciones	100	200	300	400	500	600	700	TOTAL
Ministerio de Salud	13,612	28,583	8,430	15,799			233,270	299,693
Prefecturas				7,023				7,023
Municipios				45,473				45,473
Otros del Sector Público	3,084	770	179	32,801	2,344	1,076	110	40,363
Total	16,696	29,353	8,609	101,096	2,344	1,076	233,380	392,553

Fuente: Unidad de Reforma de Salud en base a información proporcionada por la CGE, SIPFE, FIS y SISAPS.

Donde: 100 = Servicios Personales, 200 = Servicios No Personales, 300 = Materiales y Suministros, 400 = Activos Reales, 500 = Activos Financieros, 600 = Servicio de la Deuda Pública y 700 = Transferencias.

Se puede advertir que dentro las cuentas del Ministerio de Salud, las transferencias constituyen el 77% del gasto ejecutado y entre servicios personales y no personales, suman 14%, dejando un 9% para materiales e inversión.

Aunque la ley establece que la responsabilidad de contratación de recursos humanos es de la prefectura, en muchos municipios se puede ver que se están contratando recursos humanos con recursos propios de la alcaldía. Este es el caso del personal administrativo y de apoyo, principalmente y en algunos casos de personal de salud.

En el sector salud, las Corporaciones Regionales de Desarrollo realizaban actividades hasta 1995, pero a partir de la Ley de Descentralización Administrativa, éstas han pasado a formar parte de las Prefecturas, como Departamentos de Fortalecimiento Institucional. (Cuadro 2)

En 1996, las prefecturas ejecutaron proyectos conjuntamente con el PROISS y el FIS (mejoramiento, equipamiento y remodelación de centros de salud), y programas especiales relacionados con problemas de su región, como es el caso de la Prefectura de Chuquisaca que llevo a cabo proyectos de vigilancia y control de Chagas. En 1995, la Corporación de Desarrollo Regional de Chuquisaca (CORDECH) era la responsable de ejecutar proyectos relacionados con la enfermedad del Chagas. (Ej. Mejoramiento de Viviendas).

**Cuadro 2. Gasto Público Ejecutado en Salud por Instituciones, 1990-1996
(en Miles de Bolivianos)**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Ministerio de Salud	141,541	151,578	223,288	260,904	272,366	338,896	299,693
Corporaciones	921	1,951	5,425	5,145	3,248	8,529	
Prefecturas							7,023
Municipios					482	68	45,473
Otros del Sec. Pub.	676	2,210	13,311	48,397	40,339	47,904	40,364
Total	143,138	155,739	252,024	314,446	316,435	395,397	392,553

Fuente: Unidad de Reforma de Salud en base a información proporcionada por la CGE, SIPFE, FIS y SISAPS.

Los gobiernos municipales asumieron nuevas responsabilidades en el área social, lo cual en términos de gasto se refleja en la aparición de un nuevo agente financiero a partir de 1994 (Cuadro 2). Estas responsabilidades se han visto afectadas por retrasos en la aprobación de sus Planes Operativos Anuales (PAO). En una entrevista obtenida en el trabajo de municipios seleccionados realizado, el Dr. Victor Flores (Presidente del DILOS del municipio de Vinto, Cochabamba) comentaba que el POA 1995 de Vinto recién comenzó a ejecutarse en el mes de mayo, lo cual impidió concluir con todo lo trazado y más importante para la localidad, se dejó un monto considerable de dinero sin desembolsar, éste fue re-programado para 1996. Entonces en éste municipio existe un rezago en la ejecución de sus proyectos, lo que claramente significa pérdida de dinero y sobre todo pierde la comunidad, ya que no se llegan a cumplir las metas establecidas para el área social y productiva.

En Bolivia, estas medidas han abierto nuevas puertas para el financiamiento del área social, y lo más importante es que actualmente son fundamentales en el proceso de desarrollo económico y social del país.

Anexo 4: Agua y Saneamiento Básico

El vínculo entre salud, agua potable y saneamiento básico es importante, para analizar la salud en un concepto más amplio. Esta relación ha sido subestimada, y se ha podido advertir en la práctica que esta asociación es integral y causal al estado de salud. Esta asociación esta dada a diferentes niveles, como la falta de saneamiento básico que crea fuentes de agua que se constituyen en depósitos de agentes patógenos o como ambientes ideales para los vectores de enfermedades, en los cuales puedan vivir y reproducirse. Por otro lado es común que intervenciones contra enfermedades específicas, como el uso de pesticidas contra el vector de leishmaniasis o el uso de medicamentos orales contra la malaria, pueden resultar inefectivos en el largo plazo si es que el abastecimiento de agua y las condiciones de higiene en una comunidad no son consideradas e incluidas en el método de control. Por todo ello la Organización Mundial de Salud (OMS), ha incluido el abastecimiento de agua y saneamiento básico en su definición de salud primaria, poniendo énfasis en la importancia de estos elementos en cualquier esfuerzo de mejorar y sostener el estado de salud de cualquier población.

A nivel internacional la deficiencia en este aspecto es preocupante. En 1976 la OMS advirtió que sólo el 38% de la población de países en desarrollo tenían acceso a fuentes de agua adecuadas. Y en Bolivia apenas el 31% de la población rural cuenta con acceso a agua potable (España y Rodríguez, 1996).

Existen muchas organizaciones que promueven mejorar, el abastecimiento de agua y niveles de saneamiento básico en todo el mundo. Y es así que la década de los ochenta fue nombrada la “Década del Abastecimiento de Agua y Saneamiento Básico Internacional” por las Naciones Unidas, y la meta de ésta fue proveer abastecimientos de agua adecuados y seguros a países en desarrollo.

La asociación entre saneamiento básico, abastecimiento de agua y la transmisión de enfermedades tiene varias dimensiones. Existen muchas formas a través de las cuales estos dos elementos pueden afectar a la salud, pero aquí consideraremos solamente dos rutas generales por las que agua y saneamiento básico pueden actuar como transmisores directos o indirectos de enfermedades. **Primero**, el contacto con agua contaminada, ya sea esta a través de la piel o vía ingestión, puede introducir agentes patógenos al cuerpo, debido a que varios de estos agentes residen en las mismas fuentes de aguas abiertas usadas por las comunidades para higiene personal y consumo. En este caso, el saneamiento tiene especial importancia, puesto que la introducción inicial y la propagación de agentes patógenos en un ambiente acuático es facilitado por condiciones antihigiénicas, específicamente a través de la introducción de desechos de animales y personas a fuentes de agua. **Segundo**, fuentes abiertas de agua se constituyen en ambientes ideales para que los vectores de enfermedades puedan madurar y reproducirse, de tal manera, que pueden incrementar la cantidad de vectores y posiblemente la prevalencia de enfermedades.

En ambos casos, la ausencia de higiene y saneamiento han sido elementos vitales para la introducción y propagación de enfermedades. Los métodos inadecuados de eliminar excrementos y desechos, la presencia de pozos de agua sucia y de contenedores de agua abiertos pueden ser responsables del incremento de las enfermedades. La eliminación de aguas contaminadas, que se usan para higiene personal o para consumir, la prevención de futura contaminación y la eliminación de contenedores de agua abiertos son componentes importantes que deben ser incluidos dentro de cualquier método de control de enfermedades, si se quiere lograr un nivel de salud adecuado y sustentable.

Dentro de estas dos rutas generales de transmisión, existen varias otras que se solapan, a través de las cuales la calidad de agua y el saneamiento también están involucrados en la introducción y

propagación de enfermedades. Ejemplos de tales enfermedades con el cólera, amebiasis, hepatitis A, y fiebre tifoidea. Aquí el vínculo entre fuentes de agua y enfermedades es claro: contacto con agua, usualmente vía introducción de agua contaminada a través de ingestión, puede resultar en infección. Usualmente, el agente patógeno causal es depositado inicialmente a través de la introducción de materia fecal o algún otro tipo de desecho de animal a una fuente de agua, y es ahí donde estos agentes patógenos residen hasta que infecten a un huésped.

Para Bolivia un ejemplo relevante de tales enfermedades, y especialmente en áreas rurales, es el cólera. *Vibrio cholerae*, el bacilo que causa el cólera, puede ser introducido en fuentes de agua a través de contaminación con desechos de animales y humanos, incluyendo la sangre y materia fecal que contienen el agente patógeno. Cuando una dosis mínima es ingerida, los síntomas son severos y frecuentemente amenazan con la vida del afectado.

La falta de métodos efectivos para eliminar excrementos y otros desechos, pueden ocasionar que pocos casos de cólera fácilmente deriven en una epidemia dentro de una área localizada, especialmente si ésta utiliza fuentes de agua comunes. El cólera es una enfermedad perniciosa especialmente para niños, debido a que ellos tienen reservas nutritivas relativamente reducidas, y las pérdidas de agua y electrolitos causadas por la diarrea tienen un efecto en general más agudo en niños que en adultos. Frecuentemente el cólera requiere solamente horas para causar una deshidratación severa y en algunos casos la muerte.

Los síntomas agudos del cólera requieren de atención médica y rehidratación, que en muchos casos no es factible. La reducción de la mortalidad por cólera, claramente incluye el incremento en la disponibilidad de facilidades médicas en áreas rurales, pero también requiere asegurar que las fuentes de agua permanezcan sin contaminación, de esta manera se reducirían considerablemente las infecciones iniciales. Esto debería incluir no solamente el mejoramiento de fuentes de agua o la introducción de fuentes alternativas, sino también el mejoramiento del saneamiento e higiene general de comunidades y la eliminación segura y adecuada de desechos de animales domésticos y de personas. Esta propuesta es difícil, debido a que tal proyecto tendría que incluir elementos educativos y preventivos, los cuales son costosos y largos, pero este tipo de proyectos son necesarios para la prevención efectiva y de largo plazo del cólera.

Otro ejemplo de una enfermedad transmitida a través de vectores y en parte causada por fuentes de agua, es la malaria. El vector artrópodo responsable por la transmisión de esta enfermedad letal es una especie de mosquito, y como la mayoría de los mosquitos, reside y se reproduce en ambientes húmedos. En este caso el saneamiento es de alta importancia, debido a que el agua sucia – frecuentemente creada por la ausencia de sistemas efectivos de desagües y de eliminación de desechos – puede crear un ambiente ideal para la multiplicación de estos mosquitos. Sin embargo, el caso de enfermedades transmitidas a través de vectores es más complicado, debido a que casi cualquier depósito de agua puede servir como ambiente adecuado para la reproducción de vectores. Un elemento importante es reducir la cantidad de fuentes de agua abiertas cerca de hogares, algo que debe ser considerado especialmente en el caso de proyectos dirigidos a la instalación de nuevas fuentes como bombas de agua en comunidades, debido a que estas usualmente son instaladas cerca del centro de comunidades y frecuentemente crean pozos de agua, ideales para la reproducción del mosquito.

Aunque la calidad de las fuentes de agua y el nivel de saneamiento de una comunidad representan un elemento indirectamente causal en la transmisión de enfermedades infecciosas y vectoriales, existe otra ruta mucho más directa, a través de la cual estos elementos pueden afectar el estado de salud. El agua es un requisito fisiológico básico para el hombre, y como tal las fuentes inadecuadas e insuficientes pueden causar varias complicaciones en el cuerpo humano. Ingestión de agua contaminada y las consecuentes enfermedades pueden resultar, en el largo plazo, en una desnutrición debido a la mala absorción de comidas y de nutrientes. Enfermedades causadas por inadecuada higiene personal, como el piojo, son condiciones cuyas incidencias y prevalencias

podieran ser significativamente reducidas, sí el agua fuera utilizada con más frecuencia para la limpieza doméstica y personal, actividades que obviamente requieren de fuentes de agua adecuadas y suficientes. Aunque estas enfermedades por sí solas no resultan en mortalidad o morbilidad severa, pueden servir como vectores y transmitir enfermedades más riesgosas como la fiebre tifoidea.

Considerando todas las enfermedades previamente descritas, los riesgos asociados con el agua contaminada y niveles inadecuados de saneamiento, evidencian que programas cuyos objetivos incluyen la provisión de fuentes de agua seguras y mejoramiento del saneamiento son sumamente importantes. Por ello, el financiamiento de tales proyectos deben ser incluidos en una cuenta, la cual se ejecute conjuntamente con los gastos del sector de salud.

Conociendo la importancia de Agua y Saneamiento Básico en la salud de la población, es necesario determinar el énfasis que se ha dado a los proyectos relacionados directamente con salud y aquellos basados en aspectos de abastecimiento de agua y saneamiento básico. En general, los proyectos de salud recibieron más fondos de entidades financiadoras en 1995, sin embargo, las diferencias más importantes entre el financiamiento de ambas clasificaciones de proyectos no provienen de los montos actuales de financiamiento, sino de la dependencia relativa de ambos proyectos en diferentes tipos de fondos y agentes financiadores.

Cuadro 1 Relación entre Gasto Público en Salud y en Agua/Saneamiento Básico, 1995 Por Fuentes de Financiamiento (en miles de dólares)		
Fuentes	Gasto en Agua y Saneamiento Básico	Gasto en Salud
Suma Total de Donaciones Externas	7,390 (12.3%)	4,114 (5.6%)
Suma Total de Crédito Externo	24,607 (41.0%)	22,215 (26.6%)
Total Fondos Externos	31,997 (53.3%)	26,329 (32.2%)
Suma Total de Tesoro General Nacional (TGN)	6,904 (10.2%)	51,835 (62.6%)
Suma Total de Recursos Propios	21,852 (36.4%)	3,291 (4.0%)
Suma Total de "Otros"	36 (0.1%)	823 (1.2%)
Total	59,978	82,278

Fuente: Estudio CNGS, en base a información proporcionada por la CGE y SIPFE.

El cuadro 1 detalla el gasto público nacional en proyectos de salud y aquellos de agua y saneamiento básico durante la gestión 1995. Todas las fuentes destinaron mayores montos de financiamiento para proyectos de salud, con excepción de los recursos propios, donde los proyectos de agua y saneamiento básico dependieron en más de cuatro veces de estos recursos que los proyectos de salud para su financiamiento. Las donaciones y los créditos externos destinados a proyectos de salud, resultaron 50% más altas que aquellos proyectos de agua y saneamiento básico. De la misma manera, los fondos provenientes del Tesoro General Nacional (TGN) destinados a proyectos de salud, fueron 15 veces más altos que los fondos dirigidos a proyectos de agua y saneamiento básico. Varias otras fuentes de financiamiento (incluidas en los cuadros bajo "Otros") se comportan similarmente.

Cuadro 2		
Relación entre Financiamiento Público de Salud y de Agua/Saneamiento Básico, 1995		
(en miles de dólares)		
Financiadores	Gasto Público en Agua y San. Básico	Gasto Público en Salud
Fondo de Inversión Social (FIS)	3,283 (5.5%)	5,825 (7.1%)
Ministerio de Salud (SNS)	0 (0%)	65,184 (79.2%)
Corporaciones/Prefecturas	19,487 (32.5%)	2,136 (2.6%)
Municipios	9,590 (16.0%)	5,241 (6.4%)
Empresas de Agua	22,331 (37.2%)	0 (0%)
Otros*	5,288 (8.8%)	3,893 (4.7%)
Total	59,978	82,278

Fuente: Estudio CNGS, en base a información proporcionada por la CGE y SIPFE.

*"Otros" en Agua y Saneamiento Básico se refiere a la Sec. Nal. de Asuntos Urbanos, Sec. Nal. de Educación, Sec. Nal. de Hacienda, y San Jacinto

*"Otros" en Salud se refiere a ONAMFA, SNAEGG, Universidades, Instituto Nal. de Alimentación y Nutrición, Instituto Nal. de Seguros en Salud, y la Oficina Nal. de Asistencia Alimentaria

El cuadro 2 detalla los agentes financiadores por tipo de proyecto para 1995. Aquí también se registra la misma tendencia de mayores gastos en proyectos de salud, con la excepción de la entidad agregada de corporaciones y prefecturas. El Fondo de Inversión Social (FIS) contribuyó tres veces más a proyectos de salud que a proyectos de agua y saneamiento básico, mientras que el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS) contribuyó aproximadamente con 67 millones de dólares a salud y no financio ningún gasto en agua y saneamiento básico. Debido a que existe una institución pública destinada a ello. En contraste, la entidad agregada de prefecturas y corporaciones financiaron proyectos de agua y saneamiento básico con un monto cinco veces mayor al monto contribuido a proyectos de salud. El financiamiento que provino del nivel municipal para ambos proyectos fue similar. Como era de esperar, las empresas de agua, financiadas principalmente a través de recursos propios, representaron una proporción significativa del gasto público total en proyectos de agua y saneamiento básico.

Aunque las diferencias en el gasto público por tipo de proyecto es clara, la diferencia más significativa e interesante entre los gastos en cada proyecto proviene de la dependencia relativa de cada uno en los diferentes tipos de fuentes y de agentes financiadores. Si bien en 1995 las fuentes externas financiaron más proyectos de salud que proyectos de agua y saneamiento básico, es importante notar que estos fondos representaron aproximadamente 32% del gasto público total para proyectos en salud, mientras que los mismos fondos representaron más de 53% del gasto público total en agua y saneamiento básico. Asimismo, mientras las municipalidades contribuyeron con montos similares a ambos tipos de proyectos, estos fondos constituyeron un poco más de 6% del financiamiento público total para proyectos de salud, pero representaron más de 16% del financiamiento para proyectos de agua y saneamiento básico. Proyectos de agua y saneamiento básico dependieron principalmente de fondos que provinieron de las corporaciones y prefecturas, los cuales representaron más del 30% del financiamiento público total de tales proyectos, mientras que los mismos fondos representaron menos del 3% del financiamiento total de proyectos en salud.

Comparando los cuadros 1 y 2, se puede destacar que: primero, es evidente que los proyectos de agua y de saneamiento básico recibieron, en general, menor financiamiento que los proyectos de salud en 1995; segundo, los proyectos de agua y saneamiento básico dependieron más de fondos provenientes de prefecturas, municipalidades, fuentes externas y recursos propios, en contraste con los proyectos de salud que dependieron principalmente del financiamiento del gobierno central, específicamente del Fondo de Inversión Social y del Ministerio de Salud. En su conjunto, ambas fuentes representaron aproximadamente el 90% del financiamiento público total, las mismas fuentes sólo alcanzaron al 5% en el caso de los proyectos de agua y saneamiento básico. Los fondos para salud provenientes de recursos propios y financiamiento en parte de las prefecturas y municipios representaron un porcentaje relativamente menor respecto a los totales.

Se puede concluir, por tanto, que las fuentes de financiamiento y los agentes financiadores a nivel nacional pusieron mayor énfasis a los proyectos directamente relacionados con salud, mientras que los agentes a niveles locales y descentralizados pusieron mayor énfasis en proyectos de agua y saneamiento básico. Sin embargo, el hecho que por ejemplo el Ministerio de Salud financie solamente proyectos de salud puede parecer lógico, debido a que su función es específicamente la implementación de proyectos relacionados con salud. Pero, por las razones detalladas anteriormente, es evidente que agua y saneamiento básico representan un aspecto vital para la sostenibilidad de la buena salud, y como tal, los proyectos de agua y saneamiento básico deben ser considerados prioritarios.

Matriz 1. Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1995, en miles de bolivianos corrientes					
Agentes y Fuentes					
	Gobierno	Empresa/ Institucion	Hogares	Externas	Total
SECTOR PÚBLICO	277,247	3,991		101,264	382,501
	(16.40%)	(0.24%)		(5.99%)	(22.63%)
Ministerio de Salud	271,299			60,197	331,497
	(16.05%)			(3.56%)	(19.61%)
Prefecturas/Corporaciones	846			2,187	3,033
	(0.05%)			(0.13%)	(0.18%)
Municipios	68				68
	(0.00%)				(0.00%)
Fondo de Inversión Social	1,878	38		27,105	29,020
	(0.11%)	(0.00%)		(1.60%)	(1.72%)
Otros del Sector Público	3,156	3,953		11,774	18,884
	(0.19%)	(0.23%)		(0.70%)	(1.12%)
CAJAS		526,886		965	527,851
		(31.18%)		(0.06%)	(31.23%)
Públicas		455,189		965	456,154
		(26.93%)		(0.06%)	(26.99%)
Privadas		16,957			16,957
		(1.00%)			(1.00%)
Militar		27,900			27,900
		(1.65%)			(1.65%)
Universitarias		26,840			26,840
		(1.59%)			(1.59%)
SEGUROS PRIVADOS		17,848	16,916		34,764
		(1.06%)	(1.00%)		(2.06%)
Aseguradoras		6,449	5,584		12,033
		(0.38%)	(0.33%)		(0.71%)
Prepagadas		11,399	11,332		22,730
		(0.67%)	(0.67%)		(1.34%)
ONG´s			21,928	34,033	55,961
			(1.30%)	(2.01%)	(3.31%)
HOGARES			400,761		400,761
			(23.71%)		(23.71%)
TOTAL	277,247	548,725	439,604	136,262	1,401,838
	(16.40%)	(32.47%)	(26.01%)	(8.06%)	(82.95%)
AGUA Y SANEAMIENTO					
BASICO, SECTOR PUBLICO	19,825	126,263	54,113	88,030	288,230
	(1.17%)	(7.47%)	(3.20%)	(5.21%)	(17.05%)
GASTO NACIONAL					
SALUD + AGUA Y SAN. BASICO	297,072	674,987	493,717	224,292	1,690,069
	(17.58%)	(39.94%)	(29.21%)	(13.27%)	(100.00%)

Fuente: Estudio CNGS – Bolivia Los valores entre paréntesis representan la participación de cada uno de los agentes respecto del Gasto Nacional.
Total 4.8056

Matriz 1. Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1995
en miles de dólares corrientes
Agentes y Fuentes

	Gobierno	Empresa/ Institucion	Hogares	Externas	Total
SECTOR PÚBLICO	57,693	830		21,072	79,595
	(16.40%)	(0.24%)		(5.99%)	(22.63%)
Ministerio de Salud	56,455			12,526	68,981
	(16.05%)			(3.56%)	(19.61%)
Prefecturas/Corporaciones	176			455	631
	(0.05%)			(0.13%)	(0.18%)
Municipios	14				14
	(0.00%)				(0.00%)
Fondo de Inversión Social	391	8		5,640	6,039
	(0.11%)	(0.00%)		(1.60%)	(1.72%)
Otros del Sector Público	657	823		2,450	3,930
	(0.19%)	(0.23%)		(0.70%)	(1.12%)
CAJAS		109,640		201	109,841
		(31.18%)		(0.06%)	(31.23%)
Públicas		94,721		201	94,921
		(26.93%)		(0.06%)	(26.99%)
Privadas		3,529			3,529
		(1.00%)			(1.00%)
Militar		5,806			5,806
		(1.65%)			(1.65%)
Universitarias		5,585			5,585
		(1.59%)			(1.59%)
SEGUROS PRIVADOS		3,714	3,520		7,234
		(1.06%)	(1.00%)		(2.06%)
Aseguradoras		1,342	1,162		2,504
		(0.38%)	(0.33%)		(0.71%)
Prepagadas		2,372	2,358		4,730
		(0.67%)	(0.67%)		(1.34%)
ONG's			4,563	7,082	11,645
			(1.30%)	(2.01%)	(3.31%)
HOGARES			83,395		83,395
			(23.71%)		(23.71%)
TOTAL	57,693	114,184	91,478	28,355	291,709
	(16.40%)	(32.47%)	(26.01%)	(8.06%)	(82.95%)
Agua Y Saneamiento Basico, Sector Publico	4,125	26,274	11,260	18,318	59,978
	(1.17%)	(7.47%)	(3.20%)	(5.21%)	(17.05%)
GASTO NACIONAL SALUD + AGUA Y SAN. BASICO	61,818	140,459	102,738	46,673	351,687
	(17.58%)	(39.94%)	(29.21%)	(13.27%)	(100.00%)

Fuente: Estudio CNGS - Bolivia. Los valores entre paréntesis representan la participación de cada uno de los agentes respecto del Gasto Total.

Matriz 1. Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1996
en miles de bolivianos corrientes
Agentes y Fuentes

	Gobierno	Empresa/ Institucion	Hogares	Externas	Total
SECTOR PÚBLICO	314,094	3,750		69,856	387,699
	(13.89%)	(0.17%)		(3.09%)	(17.14%)
Ministerio de Salud	259,408	.		38,484	297,892
	(11.47%)			(1.70%)	(13.17%)
Prefecturas/Corporaciones	3,970				3,970
	(0.18%)				(0.18%)
Municipios	45,473				45,473
	(2.01%)				(2.01%)
Fondo de Inversión Social	789	18		16,165	16,973
	(0.03%)	(0.00%)		(0.71%)	(0.75%)
Otros del Sector Público	4,453	3,732		15,206	23,391
	(0.20%)	(0.17%)		(0.67%)	(1.03%)
CAJAS		752,938		1,454	754,392
		(33.30%)		(0.06%)	(33.36%)
Públicas		629,052		1,454	630,506
		(27.82%)		(0.06%)	(27.88%)
Privadas		30,060			30,060
		(1.33%)			(1.33%)
Militar		61,949			61,949
		(2.74%)			(2.74%)
Universitarias		31,877			31,877
		(1.41%)			(1.41%)
SEGUROS PRIVADOS		6,200	5,366		11,566
		(0.27%)	(0.24%)		(0.51%)
Aseguradoras		6,200	5,366		11,566
		(0.27%)	(0.24%)		(0.51%)
Prepagadas		nd	nd		nd
ONG's			25,262	43,266	68,528
			(1.12%)	(1.91%)	(3.03%)
HOGARES			483,773		483,773
			(21.39%)		(21.39%)
TOTAL	314,094	762,887	514,401	114,576	1,705,959
	(13.89%)	(33.74%)	(22.75%)	(5.07%)	(75.44%)
AGUA Y SANEAMIENTO					
BASICO, SECTOR PUBLICO	72,717	183,866	78,800	220,059	555,442
	(3.22%)	(8.13%)	(3.48%)	(9.73%)	(24.56%)
GASTO NACIONAL					
SALUD + AGUA Y SAN. BASICO	386,811	946,753	593,201	334,635	2,261,401
	(17.10%)	(41.87%)	(26.23%)	(14.80%)	(100.00%)

Fuente: Estudio CNGS - Bolivia
 Los valores entre paréntesis representan la participación de cada uno de los agentes respecto del Gasto Nacional Total
 nd, no disponible
 Tipo de cambio 5.0818

Matriz 1, Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1996
en miles de dólares corrientes
Agentes y Fuentes

	Gobierno	Empresa/ Institucion	Hogares	Externas	Total
SECTOR PÚBLICO	61,808	738		13,746	76,292
	(13.89%)	(0.17%)		(3.09%)	(17.14%)
Ministerio de Salud	51,046			7,573	58,619
	(11.47%)			(1.70%)	(13.17%)
Prefecturas/Corporaciones	781				781
	(0.18%)				(0.18%)
Municipios	8,948				8,948
	(2.01%)				(2.01%)
Fondo de Inversión Social	155	4		3,181	3,340
	(0.03%)	(0.00%)		(0.71%)	(0.75%)
Otros del Sector Público	876	734		2,992	4,603
	(0.20%)	(0.17%)		(0.67%)	(1.03%)
CAJAS		148,164		286	148,450
		(33.30%)		(0.06%)	(33.36%)
Públicas		123,785		286	124,071
		(27.82%)		(0.06%)	(27.88%)
Privadas		5,915			5,915
		(1.33%)			(1.33%)
Militar		12,190			12,190
		(2.74%)			(2.74%)
Universitarias		6,273			6,273
		(1.41%)			(1.41%)
SEGUROS PRIVADOS		1,220	1,056		2,276
		(0.27%)	(0.24%)		(0.51%)
Aseguradoras		1,220	1,056		2,276
		(0.27%)	(0.24%)		(0.51%)
Prepagadas		nd	nd		nd
ONG's			4,971	8,514	13,485
			(1.12%)	(1.91%)	(3.03%)
HOGARES			95,197		95,197
			(21.39%)		(21.39%)
TOTAL	61,808	150,121	101,224	22,546	335,700
	(13.89%)	(33.74%)	(22.75%)	(5.07%)	(75.44%)
AGUA Y SANEAMIENTO					
BASICO, SECTOR PUBLICO	14,309	36,181	15,506	43,303	109,300
	(3.22%)	(8.13%)	(3.48%)	(9.73%)	(24.56%)
GASTO NACIONAL					
SALUD + AGUA Y SAN. BASICO	76,117	186,303	116,731	65,850	445,000
	(17.10%)	(41.87%)	(26.23%)	(14.80%)	(100.00%)

Fuente: Estudio CNGS – Bolivia

Los valores entre paréntesis representan la participación de cada uno de los agentes respecto del Gasto Nacional Total

nd. no disponible

Matriz 1. Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1996
En Miles de bolivianos corrientes
Agentes y Fuentes

	Gobierno	Empresa/ Institucion	Hogares	Externas	Total
SECTOR PÚBLICO	314,094	3,750		69,856	387,699
	(18.41%)	(0.22%)		(4.09%)	(22.73%)
Ministerio de Salud	259,408			38,484	297,892
	(15.21%)			(2.26%)	(17.46%)
Prefecturas/Corporaciones	3,970				3,970
	(0.23%)				(0.23%)
Municipios	45,473				45,473
	(2.67%)				(2.67%)
Fondo de Inversión Social	789	18		16,165	16,973
	(0.05%)	(0.00%)		(0.95%)	(0.99%)
Otros del Sector Público	4,453	3,732		15,206	23,391
	(0.26%)	(0.22%)		(0.89%)	(1.37%)
CAJAS		752,938		1,454	754,392
		(44.14%)		(0.09%)	(44.22%)
Públicas		629,052		1,454	630,506
		(36.87%)		(0.09%)	(36.96%)
Privadas		30,060			30,060
		(1.76%)			(1.76%)
Militar		61,949			61,949
		(3.63%)			(3.63%)
Universitarias		31,877			31,877
		(1.87%)			(1.87%)
SEGUROS PRIVADOS		6,200	5,366		11,566
		(0.36%)	(0.31%)		(0.68%)
Aseguradoras		6,200	5,366		11,566
		(0.36%)	(0.31%)		(0.68%)
Prepagadas		nd	nd		nd
ONG´s			25,262	43,266	68,528
			(1.48%)	(2.54%)	(4.02%)
HOGARES			483,773		483,773
			(28.36%)		(28.36%)
TOTAL	314,094	762,887	514,401	114,576	1,705,959
	(18.41%)	(44.72%)	(30.15%)	(6.72%)	(100.00%)

Fuente: Estudio CNGS - Bolivia.

Los valores entre paréntesis representan la participación de cada uno de los agentes respecto del Gasto Total.

nd. No disponible
Tipo de cambio 5.0818

Matriz 1. Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1996
en miles de dólares corrientes
Agentes y Fuentes

	Gobierno	Empresa/ Institución	Hogares	Externas	Total
SECTOR PÚBLICO	61,808	738		13,746	76,292
	(18.41%)	(0.22%)		(4.09%)	(22.73%)
Ministerio de Salud	51,046			7,573	58,619
	(15.21%)			(2.26%)	(17.46%)
Prefecturas/Corporaciones	781				781
	(0.23%)				(0.23%)
Municipios	8,948				8,948
	(2.67%)				(2.67%)
Fondo de Inversión Social	155	4		3,181	3,340
	(0.05%)	(0.001%)		(0.95%)	(0.99%)
Otros del Sector Público	876	734		2,992	4,603
	(0.26%)	(0.22%)		(0.89%)	(1.37%)
CAJAS		148,164		286	148,450
		(44.14%)		(0.09%)	(44.22%)
Públicas		123,785		286	124,071
		(36.87%)		(0.09%)	(36.96%)
Privadas		5,915			5,915
		(1.76%)			(1.76%)
Militar		12,190			12,190
		(3.63%)			(3.63%)
Universitarias		6,273			6,273
		(1.87%)			(1.87%)
SEGUROS PRIVADOS		1,220	1,056		2,276
		(0.36%)	(0.31%)		(0.68%)
Aseguradoras		1,220	1,056		2,276
		(0.36%)	(0.31%)		(0.68%)
Prepagadas		nd	nd		nd
ONG's			4,971	8,514	13,485
			(1.48%)	(2.54%)	(4.02%)
HOGARES			95,197		95,197
			(28.36%)		(28.36%)
TOTAL	61,808	150,121	101,224	22,546	335,700
	(18.41%)	(44.72%)	(30.15%)	(6.72%)	(100.00%)

Fuente: Estudio CNGS - Bolivia.

Los valores entre paréntesis representan la participación de cada uno de los agentes respecto del Gasto Total.

nd. No disponible

Matriz 2. Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1996
En Miles de bolivianos corrientes
Agentes y Proveedores de Servicios

	Servicios Públicos	Servicios Cajas de Salud	Servicios Privados		Farmacias	Medicina Tradicional	Total
			Lucrativo*	ONG's*			
SECTOR PÚBLICO	387,699						387,699
	(22.73%)						(22.73%)
Ministerio de Salud	297,892						297,892
	(17.46%)						(17.46%)
Prefecturas/Corporaciones	3,970						3,970
	(0.23%)						(0.23%)
Municipios	45,473						45,473
	(2.67%)						(2.67%)
Fondo de Inversión Social	16,973						16,973
	(0.99%)						(0.99%)
Otros del Sector Público	23,391						23,391
	(1.37%)						(1.37%)
CAJAS		754,392					754,392
		(44.22%)					(44.22%)
Públicas		630,506					630,506
		(36.96%)					(36.96%)
Privadas		30,060					30,060
		(1.76%)					(1.76%)
Militar		61,949					61,949
		(3.63%)					(3.63%)
Universitarias		31,877					31,877
		(1.87%)					(1.87%)
SEGUROS PRIVADOS			11,566				11,566
			(0.68%)				(0.68%)
Aseguradoras			11,566				11,566
			(0.68%)				(0.68%)
Prepagadas							
ONG's				43,266			43,266
				(2.54%)			(2.54%)
HOGARES	5,439	2,985	143,995	28,187	327,298	1,130	509,035
	(0.3188%)	(0.17%)	(8.44%)	(1.65%)	(19.19%)	(0.07%)	(29.84%)
TOTAL	393,138	757,377	155,562	71,454	327,298	1,130	1,705,959
	(23.04%)	(44.40%)	(9.12%)	(4.19%)	(19.19%)	(0.07%)	(100.00%)

Fuente: Estudio CNGS - Bolivia.

Los valores entre paréntesis representan la participación de cada uno de los agentes respecto del Gasto Total.

Tipo de cambio 5.0818

Matriz 2. Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1996
en miles de dólares corrientes
Agentes y Proveedores de Servicios

	Servicios Públicos	Servicios Cajas de Salud	Servicios Privados		Farmacias	Medicina Tradicional	TOTAL
			Lucrativo	ONG'S			
SECTOR PUBLICO	76,292						76,292
	(22.73%)						(22.73%)
Ministerio de Salud	58,619						58,619
	(17.46%)						(17.46%)
Prefecturas/Corporaciones	781						781
	(0.23%)						(0.23%)
Municipios	8,948						8,948
	(2.67%)						(2.67%)
Fondo de Inversión Social	3,340						3,340
	(0.99%)						(0.99%)
Otros del Sector Público	4,603						4,603
	(1.37%)						(1.37%)
CAJAS		148,450					148,450
		(44.22%)					(44.22%)
Públicas		124,071					124,071
		(36.96%)					(36.96%)
Privadas		5,915					5,915
		(1.76%)					(1.76%)
Militar		12,190					12,190
		(3.63%)					(3.63%)
Universitarias		6,273					6,273
		(1.87%)					(1.87%)
SEGUROS PRIVADOS			2,276				2,276
			(0.68%)				(0.68%)
Aseguradoras			2,276				2,276
			(0.68%)				(0.68%)
Prepagadas							
ONG's				8,514			8,514
				(2.54%)			(2.54%)
HOGARES	1,070	587	28,336	5,547	64,406	222	100,168
	(0.32%)	(0.17%)	(8.44%)	(1.65%)	(19.19%)	(0.07%)	(29.84%)
TOTAL	77,362	149,037	30,612	14,061	64,406	222	335,700
	(23.04%)	(44.40%)	(9.12%)	(4.19%)	(19.19%)	(0.07%)	(100.00%)

Fuente: Estudio - CNGS, en base a información proporcionada por el equipo del estudio CNGS.

Matriz 3. Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1996
en miles de bolivianos corrientes
Agente y Tipo de Servicios

	Hospitalario	Ambulatorio	Prevencion/ Promocion	Otros	No Asignables	Total
SECTOR PÚBLICO	184,326	98,901	63,438	41,034		387,699
	(10.80%)	(5.80%)	(3.72%)	(2.41%)		(22.73%)
Ministerio de Salud	156,764	75,905	45,195	20,029		297,892
	(9.19%)	(4.45%)	(2.65%)	(1.17%)		(17.46%)
Prefecturas/Corporaciones	11			3,959		3,970
	(0.001%)			(0.23%)		(0.23%)
Municipios	27,552	6,221	590	11,111		45,473
	(1.62%)	(0.36%)	(0.03%)	(0.65%)		(2.67%)
Fondo de Inversión Social		16,775		198		16,973
		(0.98%)		(0.01%)		(0.99%)
Otros del Sector Público			17,653	5,738		23,391
			(1.03%)	(0.34%)		(1.37%)
CAJAS	295,954	255,993	1,454	200,991		754,392
	(17.35%)	(15.01%)	(0.09%)	(11.78%)		(44.22%)
Públicas	265,319	183,086	1,454	180,647		630,506
	(15.55%)	(10.73%)	(0.09%)	(10.59%)		(36.96%)
Privadas	6,613	18,036		5,411		30,060
	(0.39%)	(1.06%)		(0.32%)		(1.76%)
Militar	17,346	34,072		10,531		61,949
	(1.02%)	(2.00%)		(0.62%)		(3.63%)
Universitarias	6,676	20,799		4,402		31,877
	(0.39%)	(1.22%)		(0.26%)		(1.87%)
SEGUROS PRIVADOS					11,566	11,566
					(0.68%)	(0.68%)
Aseguradoras					11,566	11,566
					(0.68%)	(0.68%)
Prepagadas						
ONG's	11,650	45,914	2,056	8,909		68,528
	(0.68%)	(2.69%)	(0.12%)	(0.52%)		(4.02%)
HOGARES	55,859	81,111		346,803		483,773
	(3.27%)	(4.75%)		(20.33%)		(28.36%)
				(*)		
TOTAL	547,790	481,919	66,948	597,736	11,566	1,705,959
	(32.11%)	(28.25%)	(3.92%)	(35.04%)	(0.68%)	(100.00%)

Fuente: Estudio - CNGS - Bolivia

(*) Incluye compra de medicamentos en farmacias privadas y gasto en transporte

nd. No disponible

Tipo de cambio 5.0818

Matriz 3. Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1996
en miles de dólares corrientes
Agente y Tipo de Servicios

	Hospitalario	Ambulatorio	Prevención/ Promoción	Otros	No Asignables	Total
SECTOR PÚBLICO	36,272	19,462	12,483	8,075		76,292
	(10.80%)	(5.80%)	(3.72%)	(2.41%)		(22.73%)
Ministerio de Salud	30,848	14,937	8,893	3,941		58,619
	(9.19%)	(4.45%)	(2.65%)	(1.17%)		(17.46%)
Prefecturas/Corporaciones	2			779		781
	(0.001%)			(0.23%)		(0.23%)
Municipios	5,422	1,224	116	2,186		8,948
	(1.62%)	(0.36%)	(0.03%)	(0.65%)		(2.67%)
Fondo de Inversión Social		3,301		39		3,340
		(0.98%)		(0.01%)		(0.99%)
Otros del Sector Público			3,474	1,129		4,603
			(1.03%)	(0.34%)		(1.37%)
CAJAS	58,238	50,374	286	39,551		148,450
	(17.35%)	(15.01%)	(0.09%)	(11.78%)		(44.22%)
Públicas	52,210	36,028	286	35,548		124,071
	(15.55%)	(10.73%)	(0.09%)	(10.59%)		(36.96%)
Privadas	1,301	3,549		1,065		5,915
	(0.39%)	(1.06%)		(0.32%)		(1.76%)
Militar	3,413	6,705		2,072		12,190
	(1.02%)	(2.00%)		(0.62%)		(3.63%)
Universitarias	1,314	4,093		866		6,273
	(0.39%)	(1.22%)		(0.26%)		(1.87%)
SEGUROS PRIVADOS					2,276	2,276
					(0.68%)	(0.68%)
Aseguradoras					2,276	2,276
					(0.68%)	(0.68%)
Prepagadas						
ONG's	2,292	9,035	405	1,753		13,485
	(0.68%)	(2.69%)	(0.12%)	(0.52%)		(4.02%)
HOGARES	10,992	15,961		68,244		95,197
	(3.27%)	(4.75%)	(0.00%)	(20.33%)		(28.36%)
TOTAL	107,794	94,832	13,174	117,623	2,276	335,700
	(32.11%)	(28.25%)	(3.92%)	(35.04%)	(0.68%)	(100.00%)

Fuente: Estudio - CNGS, en base a información proporcionada por el equipo del estudio CNGS.

(*) Incluye compra de medicamentos en farmacias privadas

nd. No disponible

Matriz 4. Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1996
en miles de bolivianos corrientes
Agente y Objeto del Gasto

	Servicios Personales	Servicios No Personales	Material y Suministro	Medicamentos	Activos Reales	Otros	No Asignable	Total
SECTOR PÚBLICO	16,613	28,529	6,753	1,407	97,597	236,800		387,699
	(0.97%)	(1.67%)	(0.40%)	(0.08%)	(5.72%)	(13.88%)		(22.73%)
Ministerio de Salud	13,529	27,759	6,574	1,408	15,353	233,270		297,892
	(0.79%)	(1.63%)	(0.39%)	(0.08%)	(0.90%)	(13.67%)		(17.46)
Prefecturas/ Corporaciones					3,970			3,970
					(0.23%)			(0.23)
Municipios					45,473			45,473
					(2.7%)			(2.7)
Fondo de Inversión Social					16,973			16,973
					(1.0%)			(0.99%)
Otros del Sector Público	3,084	770	179		15,828	3,530		23,391
	(0.18%)	(0.05%)	(0.01%)		(0.93%)	(0.21%)		(1.37%)
CAJAS	370,286	138,869	43,246	76,949	20,001	105,041		754,392
	(21.71%)	(8.14%)	(2.54%)	(4.51%)	(1.17%)	(6.16%)		(44.22%)
Públicas	304,066	110,719	23,534	76,949	18,284	96,954		630,506
	(17.82%)	(6.49%)	(1.38%)	(4.51%)	(1.07%)	(5.68%)		(36.96%)
Privadas	15,164	9,680	3,471		305	1,440		30,060
	(0.89%)	(0.57%)	(0.20%)		(0.02%)	(0.08%)		(1.76%)
Militar	38,085	10,900	10,396		672	1,896		61,949
	(2.23%)	(0.64%)	(0.61%)		(0.04%)	(0.11%)		(3.63%)
Universitarias	12,971	7,570	5,845		740	4,751		31,877
	(0.76%)	(0.44%)	(0.34%)		(0.04%)	(0.28%)		(1.87)
SEGUROS PRIVADOS							11,566	11,566
							0.068	(0.68%)
Aseguradoras							11,566	11,566
								(0.68%)
Prepagadas							nd.	nd.
ONG's	39,061	8,909	2,026	4,142	10,964	3,426		68,528
	(2.29%)	(0.52%)	(0.12%)	(0.24%)	(0.64%)	(0.20%)		(4.02%)
HOGARES								483,773
								(28.36%)0
TOTAL	425,960	176,306	52,025	82,498	128,563	345,268	11566177	1,705,959
	(24.97%)	(10.33%)	(3.05%)	(4.84%)	(7.54%)	(20.24%)	0.006779869	(100.00%)

Fuente: Estudio- CNGS – Bolivia
nd. No disponible 5.0818

Matriz 4. Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1996
en miles de dólares corrientes
Agente y Objeto del Gasto

	Servicios Personales	Servicios No Personales	Material Y Suministro	Medicamentos	Activos Reales	Otros	No Asignable	Total
SECTOR PÚBLICO	3,269	5,614	1,329	277	19,205	46,598		76,292
	(0.97%)	(1.67%)	(0.40%)	(0.08%)	(5.72%)	(13.88%)		(22.73%)
Ministerio de Salud	2,662	5,462	1,294	277	3,021	45,903		58,619
	(0.79%)	(1.63%)	(0.39%)	(0.08%)	(0.90%)	(13.67%)		(17.46%)
Prefecturas/ Corporaciones					781			781
					(0.2%)			(0.23%)
Municipios					8,948			8,948
					(2.7%)			(2.67%)
Fondo de Inversión Social					3,340			3,340
					(1.0%)			(0.99%)
Otros del Sector Público	607	151	35		3,115	695		4,603
	(0.18%)	(0.05%)	(0.01%)		(0.93%)	(0.21%)		(1.37%)
CAJAS	72,865	27,327	8,510	15,142	3,936	20,670		148,450
	(21.71%)	(8.14%)	(2.54%)	(4.51%)	(1.17%)	(6.16%)		(44.22%)
Públicas	59,834	21,787	4,631	15,142	3,598	19,079		124,071
	(17.82%)	(6.49%)	(1.38%)	(4.51%)	(1.07%)	(5.68%)		(36.96%)
Privadas	2,984	1,905	683		60	283		5,915
	(0.89%)	(0.57%)	(0.20%)		(0.02%)	(0.08%)		(1.76%)
Militar	7,494	2,145	2,046		132	373		12,190
	(2.23%)	(0.64%)	(0.61%)		(0.04%)	(0.11%)		(3.63%)
Universitarias	2,552	1,490	1,150		146	935		6,273
	(0.76%)	(0.44%)	(0.34%)		(0.04%)	(0.28%)		(1.87%)
SEGUROS PRIVADOS							2276000.039	2,276
							0.006779869	(0.68%)
Aseguradoras							2276000.039	2,276
							0.006779869	
Prepagadas							nd	Nd
ONG's	7,686	1,753	399	815	2,158	674		13,485
	(2.29%)	(0.52%)	(0.12%)	(0.24%)	(0.64%)	(0.20%)		(4.02%)
HOGARES								95,197
								(28.36%)
TOTAL	83,821	34,694	10,237	16,234	25,299	67,942	2276000.039	335,700
	(24.97%)	(10.33%)	(3.05%)	(4.84%)	(7.54%)	(20.24%)	0.006779869	(100.00%)

Fuente: Estudio - CNGS, en base a información proporcionada por el equipo del estudio CNGS.
nd. No disponible

Bibliografía

Asociación Iberoamericana de Derecho de Trabajo y la Seguridad Social Filial. Diagnóstico de la Seguridad Social Boliviana.

Berman, Peter. Cuentas Nacionales en Países en Desarrollo : Métodos Adecuados y Aplicaciones Recientes, Harvard University, 23 de Octubre de 1996.

Caja de Salud de la Banca Privada. Anuario Estadístico 1995.

Caja de Salud CORDES. Anuario Estadístico de la Seguridad Social Gestión 1996.

Cárdenas Marina y Christian Darrás. Gasto Nacional y Financiamiento del Sector Salud. Serie Diálogos para la Salud No.4. ILDIS. La Paz, 1995.

Cárdenas Marina, Mukesh Chawla y Jorge Muñoz. Movilización de Recursos para el Sector Salud en Bolivia. UDAPSO. Documentos de Trabajo No. 58/97. La Paz, 1997.

Departamento de Planificación, Ministerio de Salud, República de Egipto. Cuentas Nacionales de Salud para Egipto, 20 de Octubre de 1995.

Departamento de Coordinación con ONG's. Sistema de Información, Actividades y Proyectos de Salud de ONG's, 1996.

Fondo de Inversión Social. Guía para la presentación de Proyectos 1996.

Fondo de Inversión Social. El Nuevo Rol de los Fondos, 1997.

Fundación Mexicana para la Salud. El Sistema de Cuentas Nacionales de Salud en México, México 1997.

Instituto Boliviano de Seguridad Social. Legislación Concordada de la Seguridad Social Boliviana, 1977.

Instituto Boliviano de Seguridad Social. Teoría y Práctica de la Seguridad Social, 1977.

Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico 1996.

Instituto Nacional de Seguros de Salud. Anuario Estadístico Gestión 1994.

Instituto Nacional de Seguros de Salud. Anuario Estadístico Gestión 1995.

Ministerio de Desarrollo Humano/Secretaría Nacional de Participación Popular. Bolivia: Participación Popular en Cifras, 1997.

Ministerio de Desarrollo Humano/Secretaría Nacional de Salud. Estadísticas de Salud 1991-1995.

Ministerio de Hacienda/Contaduría General del Estado. Clasificadores del Gasto Público, Bolivia 1990-1996.

Ministerio de Hacienda/Contaduría General del Estado. Informe Financiero de la Administración Central Gestión 1994.

Ministerio de Hacienda. Inversión Pública y Financiamiento Externo: Una visión Histórica y Perspectivas Futuras, Abril 1997

Ministerio de Hacienda. Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública, julio 1997.

OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas : Extracto del Capítulo VI, La Respuesta Social a los Problemas de Salud ; Gasto Nacional y Financiamiento del Sector Salud, 1994.

OPS/OMS. Las Repercusiones de la Crisis Económica y los Programas de Ajuste sobre el Sector Salud en Centroamérica : Desafíos para La Década delos Noventa, 1993.

OPS/OMS. Análisis de la Situación en Medicamentos, enero de 1992.

OPS/OMS. Aspectos Económicos y Financieros del Medicamento en Bolivia: Estudio Preliminar, febrero de 1992.

OPS/OMS. Industria Farmacéutica Boliviana e Integración Andina, septiembre de 1993.

Partnerships for Health Reform (PHR), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fundación Mexicana de la Salud (FUNSALUD). Iniciativa de Cuentas Nacionales de Salud : Análisis del Gasto y del Financiamiento, México, Cuernavaca Marzo de 1997.

Rannan-Eliya, Ravindra P., Peter Berman. Cuentas Nacionales de Salud en Países en Desarrollo: Mejorando los Fundamentos, 20 de Octubre de 1995.

Suarez Rubén, Pamela Henderson, Edgar Barillas y César Vieira. Gasto en Salud y Financiamiento: América Latina y el Caribe :Desafíos para la Década de los Noventa, 15 de Julio de 1995.

Secretaría Nacional de Salud. Normas Legales en el Sector Salud Bolivia, 1997.

Seguro Social Universitario. Anuario Estadístico Gestión 1996.

Unidad de Análisis de Políticas Económicas. Dossier de Información de Estadísticas Económicas de Bolivia, Volumen 7, agosto 1997.

World Bank. Bolivia ; Poverty, Equity and Income Selected Policies for Expending Earning Opportunities for the Poor Volume II, Document 1996.

Zerda S. Alvaro. Alternativas de Políticas de Precios de Medicamentos en las Américas, Serie Económica de la Salud y Medicamentos No.1.